

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 400

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 août 1872

PAR PAUL LABARTHE

Né à Mauvezin (Gers), le 20 décembre 1844.

LE CHANCRE SIMPLE

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1872

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyer, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BÉCLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.	AXENFELD.
Pathologie chirurgicale.	HARDY.
Anatomie pathologique.	DOLBEAU.
Histologie.	TRELAT.
Opérations et appareils.	VULPIAN.
Pharmacologie.	ROBIN.
Thérapeutique et matière médicale.	N....
Hygiène.	REGNAULD.
Médecine légale.	GUILLER.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	BOUCHARDAT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	TARDIEU.
Pathologie comparée et expérimentale.	PAJOT.
	DAREMBERG.
	BROWN-SÉQUARD.
	Chargé de cours
	BOUILLAUD.
Clinique médicale.	SÉE (G.).
	LASEGUE.
	BÉHIER.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.	GOSSELIN.
	BROCA.
	RICHEL.
	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. ISAMBERT.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DAMASCHINO.	GARIEL.	PAUL.
BLACHEZ.	DUBRUEIL.	GUENIOT.	PÉRIER.
BOCQUILLON.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GRIMAUD.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N...
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N...
— de l'ophtalmologie.	N...
Chef des travaux anatomiques.	Marc SÉE

Examinateurs de la thèse.

MM. DOLBEAU, président; GOSSELIN, LANNELONGUE, BROUARDEL.

M. LE FILLEUL, Secrétaire

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE

LE D^r A.-L. LABARTHE,

Mon premier maître et mon meilleur ami.

Tu as toujours été plein de sollicitude pour moi ; tu t'es dévoué tout entier à mon instruction et à mon éducation ; tu as toujours été pour moi un modèle de travail, d'honnêteté, de dévouement et de désintéressement professionnels. Je suis heureux de te dire aujourd'hui combien sont grands mon amour et ma reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE.

A MES TANTES.

A M. LE D^r FILHOS,

Ex-médecin principal de l'état-major de la garde nationale,
Médecin du dispensaire de salubrité,
Officier de la Légion d'honneur.

Faible hommage de reconnaissance pour les bons conseils et la vive amitié qu'il n'a cessé de me témoigner pendant le cours de mes études.

A LA MÉMOIRE
DE VELPEAU ET DE JOBERT

A M. GAVARRET,

Professeur de physique à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène
et de salubrité,
Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de reconnaissance pour tout l'intérêt que
vous m'avez porté depuis mon arrivée à Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. F. DOLBEAU,

Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine,
Président de la Société de chirurgie,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Je n'oublierai jamais vos bonnes leçons de LOURCINE,
de l'HÔTEL-DIEU et de COCHIN, et les bons conseils que
vous m'avez si amicalement prodigués pendant le cours
de mes études.

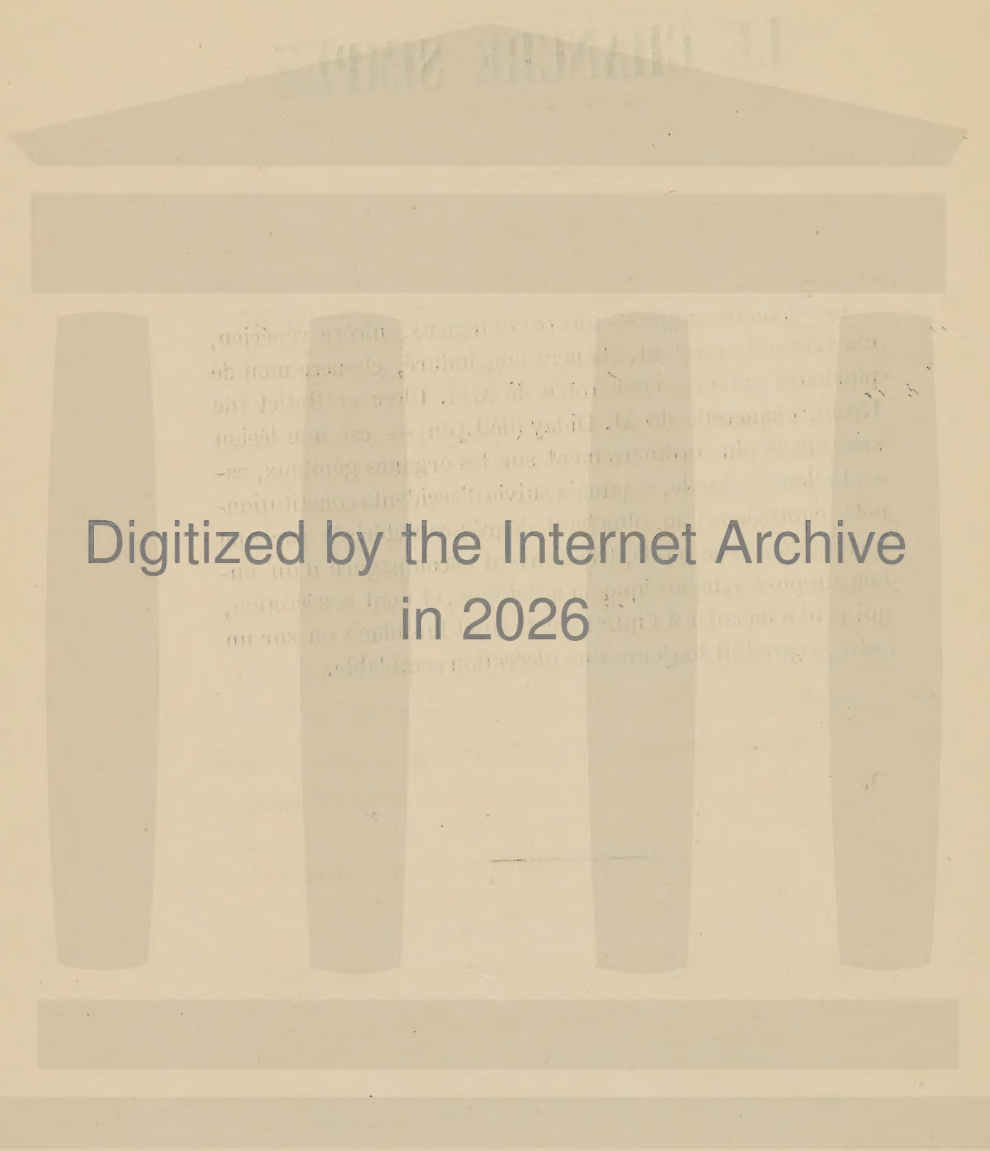
A MES AUTRES MAÎTRES

MM. BOUILLAUD, GOSSELIN,
DEPAUL, VOILLEMIER, LEFORT, NONAT.

A MM. LORAIN, DESPREZ,
BROUARDEL, LANNELONGUE, FORT.

LE CHANCRE SIMPLE

Le chancre simple — ulcère contagieux, ulcère vénérien, chancre non infectant, chancre non induré, chancre mou de plusieurs auteurs, chancroïde de MM. Clerc et Rollet (de Lyon), chancrelle de M. Diday (de Lyon) — est une lésion siégeant le plus ordinairement sur les organes génitaux, essentiellement locale, et jamais suivie d'accidents constitutionnels; contagieuse au plus haut degré; caractérisée par une ulcération à base molle, très-souvent accompagnée d'un bubon suppuré sympathique ou spécifique, et dont la sécrétion, qui peut s'inoculer à l'infini sur le sujet lui-même ou sur un autre, reproduit toujours une ulcération semblable.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154021_0138

CHAPITRE PREMIER

De la fréquence du Chancre simple.

Le chancre simple est une maladie vénérienne très-commune. Tout le monde est d'accord sur ce point. Le chancre simple est cependant moins fréquent que le chancre infectant et que la blennorrhagie. Tout le monde est encore d'accord sur ce second point, établi du reste par plusieurs statistiques.

Sur 2,000 cas de maladies vénériennes observées à l'hospice de l'Antiquaille, Rollet (de Lyon) (1) rapporte avoir trouvé : blennorrhagie, 5/12; chancre simple, 4/12; chancre infectant, 3/12. Deux autres observateurs de l'école de Lyon, élèves de Rollet, MM. Basset et Nodet, ont aussi dressé une statistique des malades observés à l'Antiquaille pendant un semestre, et ils ont trouvé :

	Basset (2).	Nodet (3).
Blennorrhagies.	45 0/0	52 0/0
Chancres simples	31 0/0	27,5 0/0
Chancres infectants.	24 0/0	20,5 0/0

Où la discussion commence, c'est lorsqu'il s'agit de savoir si le chancre simple est plus fréquent que le chancre infectant? Les uns disent : oui, les autres : non, et tous sont arrivés à ces deux conclusions opposées par des statistiques.

(1) Rollet. De la Pluralité des Maladies vénériennes, 1860.

(2) Basset. Thèse de Paris, 1860.

(3) Nodet. Recherches expérimentales sur les diverses espèces de chancre, et particulièrement sur le chancre mixte. Thèse de Montpellier, 1863.

Ainsi Puche (1) a fait le relevé de tous les chancres observés par lui pendant une période de 12 années, de 1840 à 1852, tant à l'hôpital du Midi qu'à sa consultation particulière. Leur nombre atteint le chiffre formidable de 10,000 ! Or, ces 10,000 chancres sont ainsi répartis :

Chancres infectants	1955
Chancres simples	8045

C'est-à-dire en arrondissant les chiffres :

Chancres infectants	2000
Chancres simples	8000

« Ou en les simplifiant : 1 chancre induré contre 4 chancres simples.

« Après lui, M. Fournier (2), étant interne à l'hôpital du Midi, a fait aussi, mais sur une bien plus petite échelle, des recherches statistiques. Il a dressé le relevé des chancres observés en un trimestre à la consultation de Ricord. Le total s'est élevé au nombre de 341, ainsi décomposé :

Chancres infectants	126
Chancres simples	215

« Ce dernier chiffre, ajoute Fournier, est bien au-dessous de la proportion véritable. Il faudrait l'augmenter en effet : 1° d'un très-grand nombre de chancres simples, qui, cicatrisés plus ou moins rapidement, et n'entraînant à leur suite aucun accident constitutionnel, n'amènent point les malades à la consultation ; 2° d'un nombre au moins égal de balanoposthites, dans lesquelles la tuméfaction du prépuce et le phimosis inflammatoire empêchent de reconnaître l'existence simultanée d'un chancre simple. En sorte que, sur 3 chancres donnés, 2 au minimum appartiendraient à la variété simple ou molle ; 1 seul à la variété infectieuse. »

(1) Ricord. Leçons sur le chancre, recueillies par Fournier. Paris, 1860.

(2) Ricord. ibidem.

En 1860, M. Chabaliér rapporte dans sa thèse (1) avoir observé 208 chancres, parmi lesquels :

Chancres infectants.	90
Chancres simples.	118

L'année suivante, M. Martin consigne aussi, dans sa dissertation inaugurale (2) le résultat des observations recueillies à Saint-Lazare, dans le service de M. Clerc. Sur un relevé de 156 chancres, nous trouvons :

Chancres infectants.	45
Chancres simples.	105

(1) Vide Belhomme et Mar
Traité théorique et prati
la Syphilis de etc. P. 129.

L'auteur ajoute que, à Saint-Lazare, plus que partout ailleurs, le chancre infectant doit être bien plus rare que le chancre simple, le plus grand nombre des femmes qu'on y traite étant des filles publiques ayant eu déjà la syphilis constitutionnelle, et, par cela même, exemptes de chancre infectant.

Étant interne de Cullerier, M. Belhomme (3) a tenu une liste exacte de tous les malades, atteints de chancres, entrés dans le service pendant les dix premiers mois de l'année 1861, et voici les résultats auxquels il est arrivé, et que nous empruntons à sa thèse. Le nombre total des chancres observés s'est élevé à 374, parmi lesquels il y a eu :

Chancres infectants.	230
Chancres simples.	123
Chancres douteux.	21

C'est-à-dire presque 2 accidents primitifs pour 1 ulcère simple. D'après lui, donc, le chancre simple serait moins fréquent que le chancre induré.

(1) Chabaliér. Preuves historiques de la pluralité des maladies vénériennes. Thèse de Paris, 1860.

(2) Martin. De l'Accident primitif de la Syphilis. Thèse de Paris, 1863.

(3) Belhomme. Du Chancre phagédénique et de son traitement. Thèse de Paris, 1862.

Le relevé des 136 observations de chancre consigné dans la thèse de Nodet (1) nous donne :

Chancres infectants.	65
Chancres simples.	71

Celui de M. Millet (2), qui porte sur 386 chancres, nous donne :

Chancres infectants.	181 x
Chancres simples.	201

MM. Burlet et Michaud, cités par Belhomme et Martin (3), ont trouvé sur 131 chancres :

Chancres infectants.	54
Chancres simples.	77

Et Burlet, sur 945 chancres :

Chancres infectants.	320
Chancres simples.	626

Nous-même, remplissant les fonctions d'interne à l'hôpital du Midi, nous sommes livré à des recherches statistiques. Nous avons fait le relevé de tous les malades qui se sont présentés à la consultation de M. Simonet, pendant un trimestre, et nous avons trouvé un total de 167 chancres, ainsi décomposé :

Chancres infectants.	63
Chancres simples.	104

De l'ensemble des statistiques que nous venons de passer en revue, il résulte que le nombre des chancres simples est de beaucoup plus considérable que celui de chancres infectants. Toutefois, leurs résultats sont trop différents et trop disparates pour qu'il soit possible de prendre une moyenne exacte.

(1) Nodet. *Loco citato*.

(2) Millet. Statistique sur les Maladies vénériennes. Thèse de Paris, 1866.

(3) Belhomme et Martin. Traité de pathologie syphilitique et vénérienne. Paris, 1864.

x 185. See Millet. *op. cit.* P. 53

Quelles sont les causes générales qui rendent le chancre simple plus fréquent que le chancre induré? Ces causes, d'après Ricord, sont au nombre de deux :

1° Le chancre simple est la source du virus chancreux ; c'est la forme d'ulcération qui sécrète le pus le mieux doué de la propriété contagieuse, et qui conserve le plus longtemps la faculté d'inoculation ;

2° Il ne crée aucune immunité contre la nouvelle contagion de chancres de même espèce, c'est-à-dire contre la reproduction sur le même individu. On sait qu'au contraire le chancre induré ne se produit, comme règle générale, qu'une seule fois sur le même individu.

Dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Fournier (1), revenant sur sa première conclusion de 1860, fait une distinction et dit : les deux espèces de chancres sont plus ou moins fréquentes suivant le milieu social où on observe.

« Nul doute, dit-il, que, parmi les gens du peuple, dans les classes que l'on voit aux consultations ou dans les services de l'hôpital du Midi et de Lourcine, *le chancre simple ne soit notablement plus fréquent que le chancre syphilitique*. Bien au contraire, dans la clientèle de la ville, *le chancre simple est notablement plus rare que le chancre syphilitique*. »

Les statistiques qui précèdent démontrent pleinement la première proposition de l'éminent syphiliographe. Mais comment est-il arrivé à la seconde? Par la statistique. Sur 334 individus atteints de chancre qui se sont présentés à sa consultation particulière, il a compté :

Malades affectés de chancres simples. . . .	82
Malades affectés de chancres infectants. . .	252

Nous même, sur 17 individus atteints de chancres, qui sont venus réclamer nos soins, nous avons observé :

(1) Fournier. Article : chancre (in Dict. de méd. et de chir. pratiques).

Malades affectés de chancres simples. . . .	5
Malades affectés de chancres infectants. . . .	12

L'explication de ce fait, qui semble au premier abord très-difficile à trouver, n'est cependant pas impossible; et, comme M. Fournier, nous croyons qu'on peut en rendre compte par deux raisons :

1^o Les ouvriers, les soldats et, en général, tous les gens du peuple, ceux qui vont aux consultations gratuites des hôpitaux et des dispensaires, fréquentent surtout les maisons de tolérance de barrière, les maisons de filles des boulevards extérieurs, qui sont le plus souvent peuplées de vieilles prostituées depuis longtemps vérolées, n'ayant que des accidents tertiaires non contagieux, et plutôt affectées de chancres simples ou de vaginites, pour lesquelles il n'y a ni prescription, ni immunité. — Les hommes des classes élevées, favorisés de la fortune, qui vont consulter le médecin dans son cabinet, fréquentent au contraire les filles qui se livrent à la prostitution clandestine. Ces femmes, demoiselles de magasin, danseuses, actrices, cocottes, qui ne sont pas sous le contrôle de la police, et qui sont jeunes pour la plupart, sont fréquemment atteintes de chancres infectants ou d'accidents secondaires, dont la contagiosité n'est plus un doute pour personne.

2^o Lorsque les prostituées des basses classes sont atteintes de chancres simples, elles ne se traitent guère et n'interrompent pas leur triste métier, car il faut avant tout qu'elles vivent, et elles vivent toutes au jour le jour, sans avoir la moindre économie de côté. Les prostituées clandestines des boulevards et des quartiers riches, au contraire, possèdent en général des ressources suffisantes pour pouvoir cesser leur métier pendant quelques temps, et suivre un traitement convenable, sitôt qu'elles se sentent malades. Ajoutez que, d'ailleurs, elles sentent bien mieux, comme le fait judicieusement remarquer M. Fournier, la nécessité de se traiter pour un chancre simple, maladie douloureuse, aiguë, inquié-

tante et non susceptible de passer inaperçue; que, pour un chancre infectant peu douloureux, ne donnant lieu qu'à une réaction locale insignifiante, et des accidents éloignés d'une maladie qu'elles croient toujours éteinte, accidents souvent légers, indolents, n'éveillant que peu ou pas l'attention, et pouvant même être ignorés de bonne foi. Cette classe de prostituées est donc plus dangereuse que la première, en ce qu'elle donne plus souvent la vérole.

CHAPITRE II

Du nombre des Chancres simples.

Le chancre simple peut être solitaire ou multiple. Toutefois, le chancre simple solitaire est exceptionnel; le plus souvent il est multiple.

Les chancres peuvent être multiples *d'emblée*, c'est-à-dire que le malade peut en voir apparaître plusieurs en même temps; leur multiplicité dans ces cas est expliquée par l'état de l'organe où ils se développent, et qui est toujours le siège d'érosions ou d'excoriations multiples au moment de la contagion. Alors, chaque solution de continuité est inoculée et fournit un chancre.

Les chancres peuvent aussi devenir multiples *successivement*, c'est-à-dire que le malade, après un certain temps de durée de l'ulcération première, voit apparaître de nouveaux chancres développés au voisinage des premiers, ou sur une autre partie du corps, par suite du transport, par un moyen quelconque, du pus chancreux sur ces régions. Dans ce cas, les chancres multiples sont dits chancres *d'inoculations de voisinage* ou *d'auto-inoculations*. Ils se produisent toutes les fois que le pus chancreux est mis en contact avec un point quelconque de la peau ou de la membrane muqueuse dénuée de son épiderme.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de concevoir qu'on doit rencontrer les chancres multiples d'inoculation de voisinage, de préférence dans certaines parties du corps qui sont, chez l'homme : la région glando-préputiale, surtout dans les cas de phimosis, et chez la femme : la région de l'anus principalement.

Il est à remarquer, et cette remarque est le résultat de nombreuses observations personnelles, que les chancres simples développés par inoculation de voisinage diffèrent de ceux d'où ils dérivent. Ils prennent en général une moins grande extension, ulcèrent peu les tissus sur lesquels ils siègent, ont une durée plus courte et guérissent plus vite que les chancres de première formation, souvent même avant eux, quoique leur étant postérieurs.

Ce fait clinique de la bénignité relative des chancres successifs a été, croyons-nous, signalé pour la première fois par M. Clerc (1). Avant lui, cependant, ce fait avait été indiqué à propos des chancres simples produits par l'inoculation artificielle ou expérimentale. Mac-Carthy écrivait en effet en 1861 dans sa thèse inaugurale : « Dans presque tous les cas d'inoculation artificielle, la cautérisation a fait justice de la pustule spéciale, et lorsque, dans des cas exceptionnels la neutralisation n'a pas été immédiatement obtenue, *l'ulcère inoculé a cependant constamment guéri avant la plaie d'où il tirait son origine.* » Et avant lui Auzias-Turenne avait écrit : *Les chancres deviennent d'autant moins vivaces qu'on les multiplie successivement davantage sur le même animal* (3). »

Le médecin peut facilement reconnaître par la simple observation, si les chancres se sont développés successivement. D'ailleurs le plus souvent, le malade lui-même, par ses explications, éclaire précieusement le médecin, en lui disant : « Pendant plusieurs jours, je n'ai vu que 2 chancres; puis au bout d'un certain temps j'en ai vu de nouveaux se former autour des premiers. » Ce qui est facile à vérifier, les caractères variant avec l'âge des chancres et leur périodes de début, d'état et de réparation.

Voici, au sujet du nombre des chancres simples, les résul-

(1) Clerc. Trait. prat. des mal. vén., 1^{er} fascicule, 1866.

(2) Mac-Carthy. Thèse de Paris, 1860.

(3) Auzias-Turenne. De la syphilisation. (Archiv. gén. de méd., 1851).

tats très-significatifs d'une statistique dressée par Ricord.
Sur un total de 254 malades de son service affectés de chan-
cres simples, il a compté :

Malades affectés d'un chancre simple unique. . .	48
Malades affectés de chancres simples multiples. .	206
Total.	254

Ces 206 malades atteints de chancres simples multiples
sont de plus répartis dans différents groupes comme suit :

Malades présentant 2 chancres simples.	32
— — de 3 à 6 chancres simples.	116
— — de 6 à 10 chancres simples.	41
— — de 10 à 15 chancres simples.	8
— — de 15 à 20 chancres simples.	4
— — 20 chancres simples et au delà.	5
Total.	206

M. Debauge, dans sa thèse (2), a aussi dressé une statis-
tique d'après 118 observations d'hommes atteints de chancres
simples recueillies à l'Antiquaille de Lyon; en voici les
résultats :

Malades affectés d'un chancre simple unique. . . .	50
Malades affectés de chancres simples multiples. .	68
Total.	118

Ces 68 malades atteints de chancres simples multiples
sont répartis en différents groupes :

Malades présentant 2 chancres simples.	22
— — 4 chancres simples.	11
— — 6 chancres simples.	11
— — de 6 à 10 chancres simples.	17
— — de 11 à 15 chancres simples.	6
— — 20 chancres simples.	1
Total.	68

(1) Ricord, *Leçons sur le chancre*, 1860.

(2) Debauge, *Traitément des chancres simples par la cautér. au
chlor. de zinc*, Paris, 1858.

329.

Enfin Fournier (1), sur 327 observations dépouillées avec soin sur ce sujet a trouvé les chiffres suivants :

Malades affectés d'un chancre simple unique. . . .	63
Malades affectés de chancres simples multiples. . .	266
Total.	<u>327</u>

329

Sur ces ²⁶⁶~~327~~ malades présentant des chancres simples multiples, il a trouvé :

Malades présentant 2 chancres simples.	50
— — de 3 à 6 chancres simples.	152
— — de 6 à 10 chancres simples.	45
— — de 10 à 15 chancres simples.	8
— — de 15 à 20 chancres simples.	5
— — de 20 à 24 chancres simples.	6
Total.	<u>266</u>

Si maintenant nous additionnons les chiffres de ces trois statistiques, nous trouvons un total de 658 individus affectés de chancres simples multiples, répartis de la manière suivante :

Malades présentant 2 chancres simples.	104
— — de 3 à 6 chancres simples.	290
— — de 6 à 10 chancres simples.	103
— — de 10 à 15 chancres simples.	22
— — de 15 à 20 chancres simples.	10
— — de 20 à 24 chancres simples.	11
Total.	<u>658</u>

D'où il résulte que, le plus souvent, le nombre des chancres simples varie entre 1 et 24, et que dans la très-grande majorité des cas, on observe chez les malades de 3 à 6 chancres simples environ. Toutefois il peut arriver qu'un malade présente un nombre de chancres bien plus considérable que ceux que nous venons de citer. C'est ainsi qu'en 1868, nous avons vu dans le service de M. Fournier, à Lourcine, une femme qui en présentait le nombre prodigieux de 75 !

(3) Fournier, *Dict. de méd. et chir. prat.*, art. Chancre.

OBSERVATION I.

Chancres simples multiples du col, du vagin et de l'anus, accompagnés de chancres folliculaires (environ 75); inoculation positive.

La nommée Clémence C..., âgée de 21 ans, entrée le 3 octobre 1868, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, n° 44 (service de M. Fournier).

Antécédents. Cette malade n'a point eu de maladie vénérienne antérieure; n'a jamais été enceinte. Bien réglée habituellement; ses règles ont cessé quatre ou cinq jours avant son entrée à l'hôpital.

Elle s'aperçut il y a huit jours, qu'elle tachait son linge, et commença à souffrir en urinant; elle n'a pas suivi de traitement.

Dernier rapport sexuel huit jours avant l'entrée. Pas de confrontation.

Etat actuel. L'examen des parties génitales ou périnéales révéla les particularités suivantes :

Aucun œdème de la vulve, mais sur la face cutanée des grandes lèvres et dans les plis génito-cruraux, on voit une certaine confluence de petites papules rosées, de la grosseur d'une tête d'épingle, différentes d'aspect : quelques-unes de ces lésions sont à l'état de vésicule, d'autres constituent de petites pustules, d'autres sont recouvertes de petites croûtes jaunâtres, d'autres enfin, sont, à leur sommet, le siège d'une ulcération creuse, et même pour quelques-unes, assez profondément excavée. Toutes ces lésions siègent au niveau des follicules pileux. Ce sont des *folliculites très-confluentes*, converties on en train de se convertir, sur un très-grand nombre de points, en de petits chancres simples.

Quand on écarte les petites lèvres, on trouve la vulve baignée de pus; à la face interne de la petite lèvre gauche se trouve un chancre simple arrondi, large comme une pièce de 20 centimes, assez profondément creux. A droite, près du méat, on constate deux autres petits chancres simples, moins profonds. Enfin, à la fourchette siège une érosion superficielle peu étendue.

A l'anus, un chancre simple, situé en arrière, pénétrant dans l'orifice anal et qui, lorsqu'on étale les plis radiés, est large comme une amande, irrégulier et creux.

Adénopathie inguinale faible à droite et à gauche (deux ou trois petits ganglions engorgés).

La souffrance est assez vive à la vulve et à l'anus.

L'*examen au spéculum* montre que le fond du vagin est le siège d'une sécrétion purulente très-abondante.

Sur la lèvre postérieure du col, deux plaies, larges comme un gros pois, situées l'une tout près de l'orifice, l'autre un peu en arrière. Leur surface n'est ni creuse, ni irrégulière, mais leur coloration est d'un jaune qui tranche nettement sur la couleur rosée, propre au col. L'une de ces deux ulcérations est très-nettement limitée, l'autre se perd dans l'orifice du col.

Diagnostic. Chancres simples de la vulve, du col et de l'anus, multiplication par folliculites simples et production de chancres folliculaires extrêmement nombreux. Chancres simples du col.

On pratique une auto-inoculation avec le pus des chancres du col.

6 octobre. Les plis génito-cruraux, qui sont dépourvus de poils, et toute la marge de l'anus sont le siège d'une multitude de petites érosions *papulo-ulcéreuses*, avec rougeur périphérique. Nous en comptons au moins 70; ce sont de véritables chancres secondaires ou abortifs types.

Les chancres du col sont saillants d'un millimètre au moins, d'un jaune paille sale, à surface lisse, unie, encadrée d'un peu de rougeur.

De plus, dans le cul-de-sac inférieur du vagin, on découvre trois ulcérations se présentant sous l'aspect suivant : élévore papuleuse, érosée, grise, lisse, n'ayant nullement l'aspect des chancres extérieurs. La partie la plus antérieure du vagin est saine.

L'inoculation, qui a été faite hier matin, paraît déjà avoir réussi; elle a été faite avec le pus des chancres du col obtenu en raclant leur surface avec l'extrémité d'un bistouri boutonné.

7 octobre. Les plaies du col et du vagin se détergent déjà et se séparent.

L'inoculation est bien nettement positive.

Le 13. A part trois ou quatre, tous les chancres secondaires de la région anale et des plis génito-cruraux sont avortés. Aujourd'hui, il ne reste plus à leur place que de petites papules qui simulent des syphilides granuleuses.

Sur le col, il ne reste plus qu'une petite papule large comme un grain d'orge, dont le centre est un peu jaune et à collerette rouge.

Le chancre anal est largement ouvert.

Le 16. Tous les chancres abortifs sont cicatrisés.

Il ne reste plus que le chancre anal qui s'améliore, et un petit chancre au périnée.

Le vagin et le col sont complètement guéris.

Le 23. La malade va très-bien; tout est cicatrisé, sauf quelques érosions anales.

Le 27. Il ne reste plus qu'une petite érosion anale insignifiante. Exit.

CHAPITRE III

Étiologie du chancre simple.

Quelle est la cause du chancre simple? Il semble au premier abord que la réponse à cette question soit facile; mais, si l'on consulte les ouvrages anciens et modernes, on voit que les auteurs ont attribué le chancre simple à une foule de causes aussi variées que disparates et mal définies.

Les médecins anciens considéraient, comme une cause de l'ulcère du pénis, soit un commerce impur, soit le contact d'une femme sale, «*propter conservationem cum fœda muliere*,» soit le coït avec une femme dont la matrice est souillée d'impureté ou bien altérée par le mélange de semences corrompues, par des fleurs blanches âcres, par l'humeur d'un ulcère, par la sanie cancéreuse, etc...; soit enfin par les excès vénériens et par l'excitation mécanique du coït «*propter calefactionem fricantium vulvam*.»

Au milieu du ^{xv}^e siècle, époque de l'apparition de cette terrible épidémie de syphilis qui ravagea l'Europe, les syphiliographes, soutinrent que le chancre simple reconnaissait la même cause que le chancre infectant : le virus syphilitique, dont l'action se *généralise* ou se *localise* suivant que certaines conditions physiologiques ou pathologiques se produisent ou non.

Nicolas Massa est le premier qui ait soutenu cette théorie. Ainsi, pour lui, le chancre qui détermine des bubons suppurés, celui qui n'est pas suivi d'infection constitutionnelle, a pour origine ou pour cause déterminante la cause elle-même

de la syphilis. C'est ce qui résulte du passage suivant (1) : « Sæpissime apparent ulcera virgæ... in his quæ per coïtum inficiuntur... et sequuntur aposthemata inguinum, quæ, si suppurantur, removent ægritudinem maxime a principio, quoniam inguina sunt emunctoria hepatis, per quæ expurgantur materiæ, quæ hepar imprimebant malam qualitatem. »

Après lui, Antoine Lecoq et Remacle Fuchs tombèrent dans la même erreur.

En 1552, Thierry de Héry soutenait aussi que, lorsqu'un chancre est suivi de bubon et que celui-ci est opéré par un chirurgien habile et maintenu longtemps ouvert, le chancre restait local. « S'il survient un bubon, écrivait-il, autrement dit poulain, qui recoyve la dicte fluxion, en brief l'ulcère sera curé et guarý : et sera le patient exempt de la vairolle par la méthodique et bonne curation du dict absces » (2). Dans un autre passage de son curieux ouvrage, ce savant va bien plus loin encore, et admet que deux individus qui verront une même femme malade, pourront attraper les deux variétés de chancres, suivant leurs prédispositions naturelles ! « Maintes qui habiteront avec femmes infectes, dit-il, prendront la vairolle, là où d'autres devant, ou après, n'y prendront ou auront pris aucun mal ; ou bien auront seulement ulcères en la verge, ou quelques boutons en l'emunctorio du foye, communément appelé poulain, sans avoir la vairolle comme les autres. »

Fallope, Nicolas de Bleigny, Astruc, Fabre, Hunter, Nisbet, Berlinghieri, parmi les syphiliographes des trois derniers siècles, Lagneau, Cazenave, Gibert, Beaumès, Vidal de Cassis, Cullerier, Montanier, Davasse, Melchior Robert, Langlebert, parmi les contemporains, ont aussi attribué le

(1) Nicolas Massa. In : *Aphrodisiacus, sive de lue venerea*, par Luisinius, Venise 1566.

(2) Thierry de Héry. *Méthode curatoire de la malade vénérienne*, Paris, 1552.

chancre simple à la même cause qui produit le chancre infectant, c'est-à-dire au virus syphilitique, ainsi que cela ressort de la lecture de certains passages de leurs écrits que nous croyons inutile de reproduire ici.

Nous ne saurions admettre ces causes, pour notre part, car nous les rangeons au nombre des vieux errements des temps passés. La science moderne, exclusivement fondée sur l'observation et l'expérimentation, a reconnu dans le chancre simple une maladie spécifique, dont le développement est dû à l'action exclusive d'une cause spécifique. Elle a précisé enfin d'une manière très-nette les conditions étiologiques qui président à la genèse de cette maladie.

M. Bassereau, praticien aussi modeste que distingué, a le premier établi la cause spécifique du chancre simple, lorsqu'il a écrit, dans un livre sans prétention, dont le titre est loin de faire soupçonner l'idée révolutionnaire qu'il renferme : « Si l'on confronte les sujets atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun des symptômes de syphilis générale avec les sujets qui les ont infectés ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, *sans exception*, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé. D'autre part, si l'on confronte tous les individus qui ont été atteints de chancres suivis d'accidents constitutionnels avec les sujets qui leur ont communiqué la contagion ou avec ceux auxquels ils l'ont transmise, on voit qu'ils ont été atteints de chancres et ensuite d'accidents [constitutionnels. *Jamais*, chez eux, le chancre ne s'est borné à une action purement locale » (1). Autrement dit : le chancre simple est toujours occasionné par un chancre simple, et le chancre infectant par un chancre infectant ; il y a donc deux sortes de chancres qui constituent deux maladies distinctes.

En 1834, M. Clerc (2) apporta aux confrontations de

(1) Bassereau. Traité des affect. de la peau, symptomat. de la syphilis, in-8. Paris 1852.

(2) Clerc. Du chancroïde syphilitique, Paris, 1834.

M. Bassereau l'appui de quelques faits nouveaux. En 1856, dans une excellente thèse inaugurale, M. Dron, ajoutant aux confrontations de MM. Bassereau et Clerc de nombreuses observations communiquées par MM. Diday et Rollet, de Lyon, et Fournier, arrivait fatalement aux mêmes conclusions que Bassereau.

Je viens de nommer trois vigoureux champions de la doctrine Dualiste.

M. Fournier, reprenant la méthode de confrontation, qui avait fourni de si beaux résultats à M. Bassereau, mit à contribution, pendant plusieurs années de recherches actives et consciencieuses, les immenses ressources de l'hôpital du Midi et de Saint-Lazare, et en publia les résultats en 1857 dans un intéressant mémoire dont voici les conclusions : « Le chancre simple des sujets vierges se transmet dans sa forme en tant que chancre simple; le chancre induré se transmet également dans son espèce sur les sujets vierges, c'est-à-dire comme chancre induré » (2).

M. Diday, de Lyon, après avoir déjà contribué aux progrès de la doctrine dualiste, par les observations qu'il avait fournies à M. Dron, pour sa thèse, apporta encore aux idées nouvelles l'appui de son remarquable talent de vulgarisateur (3). Enfin, à M. Rollet, de Lyon, le dernier venu dans la publicité, appartient peut-être, pour ne pas dire assurément, le droit de revendiquer le premier rang parmi les représentants de la nouvelle doctrine. Le chef de l'école de l'Antiquaille, qui a rivalisé non sans gloire avec notre école du Midi, a traité la question avec une autorité magistrale qu'on ne trouve pas dans ses devanciers. Il a ajouté aux nombreuses observations recueillies par eux, toutes celles que lui offrait sa vaste pratique à la ville et à l'hôpital, et, le premier,

(1) Dron. Du double virus syphilitique, thèse; Paris, 1856.

(2) Fournier. Recherches sur le chancre, in-8, 1857.

(3) Diday. Exposition pratique et critique des nouvelles doctrines sur la syphilis, 1858.

il a donné au dualisme une précision doctrinale, une systématisation complète qui jusque-là lui avaient fait défaut (1).

Notre illustre et vénéré maître, enfin, dont l'enseignement a jeté pendant trente ans un si vif éclat sur l'hôpital du Midi, M. Ricord, après avoir réfléchi pendant quelques années sur la doctrine des nouveaux venus, la plupart ses élèves et ses amis, doctrine qu'il avait du reste soupçonnée et prédite, lui donna son adhésion pleine et entière (2).

Le chancre simple n'est donc jamais le résultat d'un travail morbide spontané. Il ne constitue pas une manifestation héréditaire, comme certains accidents syphilitiques, ce qui se conçoit très-bien, puisqu'étant une maladie locale, il ne crée pas une diathèse, un état constitutionnel qui puisse se transmettre par l'hérédité. Il dérive toujours d'une cause extérieure accidentelle, d'un contact, d'une contagion. C'est exclusivement par la *contagion* et par l'*inoculation*, qui est une contagion artificielle, que le chancre simple se transmet et se propage.

Comment se produit cette contagion ? Dans la presque totalité des cas — 99 fois sur 100, — la contagion du chancre simple est déterminée par un commerce vénérien. Toutefois l'origine du chancre simple n'est pas toujours et fatalement vénérienne, et celui-ci peut se développer indépendamment de toute condition inhérente au coït. Car aujourd'hui les doctrines prétendant qu'il est besoin d'un acte vital pour que le chancre se transmette; que l'orgasme vénérien, le spasme cynique sont nécessaires à la propagation du virus, sont complètement délaissés. Pour le chancre simple, comme pour le chancre syphilitique, il suffit de l'application du pus purulent sur les tissus, de quelque façon qu'elle se produise d'ailleurs, pourvu toutefois que ces tissus se trouvent

(1) Rollet. Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, 1861.

(2) Ricord. Leçons sur le chancre, 2^e édit. 1860.
Labarthe.

dans des conditions de réceptivité qui les rendent propres à subir l'influence du pus contagieux.

La contagion peut se produire de par tous tous les contacts possibles et imaginables. Ainsi un malade affecté de chancres simples à la verge peut s'inoculer, en se pansant, un chancre à la main et principalement au doigt. Il suffit pour cela que celui-ci soit le siège au niveau de l'ongle d'une *envie* (1), et que le pus la touche. On a observé des malades qui en se grattant le dos, la poitrine, la figure, les pieds, etc., avec leurs doigts souillés de pus, ont déterminé des chancres sur ces diverses régions. C'est ainsi que M. Desprez nous disait dernièrement avoir dans son service une femme atteinte de chancres simples à la joue, déterminés par les égratignures d'une autre femme du service qui avait *volontairement* imprégné ses doigts de pus.

Parfois des individus sains peuvent attraper des chancres par contagion médiate. Ainsi, pendant le siège de Paris, nous avons donné nos soins à un jeune mobile de l'Hérault, atteint d'un chancre simple à la face antérieure de la jambe droite, où il avait une écorchure résultant d'une chute, et qu'il prétendait avoir attrapé avec son camarade de lit. Ce dernier, qu'il me conduisit et que j'examinai, présentait en effet trois superbes chancres du prépuce suppurant très-abondamment. Dans ce cas, la jambe du premier malade avait évidemment touché pendant le sommeil ou les parties génitales du second, ou un endroit de sa chemise, ou les draps souillés du pus de ses chancres.

Tout le monde sait que Ricord et Puche ont gagné un chancre phagédénique du pouce et de l'index, en explorant les parties génitales des femmes malades de leurs services. On se rappelle aussi ces deux internes de l'Antiquaille, de Lyon, qui contractèrent des chancres simples des doigts par

(1) Petit filet de peau qui se détache quelquefois au niveau de l'ongle.

contagion médiate en accouchant des femmes du service, et dont l'un fut suivi d'une adénite de l'aisselle qui suppura et fut ouverte.

Bien plus, il n'est pas même besoin d'un substratum vivant pour que la contagion puisse s'exercer. Celle-ci peut se faire par l'intermédiaire d'un corps inanimé quelconque, imprégné du pus chancreux, linge, charpie, instruments de chirurgie, etc... Les exemples de ce mode de contagion que possède la science ne sont pas très-rares. Ainsi, nous trouvons dans Fabrice de Hilden (1) l'histoire d'une noble demoiselle qui, âgée de 15 ans, et faisant le carnaval avec des seigneurs, changea d'habits avec un jeune homme et eut des ulcères chancreux aux parties génitales, par le seul attouchement des culottes. M. Fournier (2) a eu un client, sur la véracité duquel il fait absolument foi, qui contracta un chancre en se lavant dans la même eau où un de ses amis, affecté de chancres, s'était lavé quelques instants auparavant. Ce fait s'explique très-bien, car ce n'est pas dans la quantité, mais dans la qualité du pus virulent, que réside la propriété contagieuse, ainsi que l'a démontré M. Puchoy, en produisant des chancres avec une goutte de pus mélangé à un demi-verre d'eau.

Les annales de l'hôpital du Midi renferment plusieurs observations de plaies simples résultant de circoncisions qui se sont inoculées et transformées en ulcères chancreux, soit parce que l'on s'était servi, comme nous l'avons vu dans le service de M. Simonet en 1868, de ciseaux ayant servi à débrider une phimosis et mal essuyés par l'infirmier; soit parce que les serres-fines employées pour réunir la plaie avaient déjà servi quelque temps auparavant, ainsi que cela est arrivé à Vidal de Cassis et n'avaient pas été nettoyées;

(1) Fabrice de Hilden. *Observationum et curationum chirurgicarum centuria I.* In-8, Bâle, 1606.

(2) Fournier. *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* article : chancre, 1867.

soit enfin parce que le malade ou l'infirmier avaient employé, par mégarde, pour panser la plaie, de la charpie souillée du pus d'ulcères chancreux.

Enfin, il est un mode, extrêmement curieux, mais fort rare, de contagion médiate : c'est celui dans lequel un individu sain semble recevoir un chancre d'un autre individu sain lui-même ! Ainsi il peut arriver qu'un individu contracte des chancres simples avec une femme saine et restant saine, mais qui, peu d'instant avant, aura eu des rapports avec un individu affecté de chancres simples. Dans ce cas, le vagin sert de réceptacle au virus, et la femme, demeurant indemne, ne fait, comme l'a dit M. Cullerier, que servir de véhicule au virus et favorise à son insu une contagion médiate. Pour expliquer les faits de ce genre, il faut évidemment que la muqueuse vaginale joue le rôle d'un objet inerte. Or pouvons-nous admettre cette inertie de la muqueuse ? Les deux expériences suivantes faites par M. Cullerier (1), et que nous reproduisons *in extenso*, nous permettent de répondre oui.

OBSERVATION II.

« La nommée Louise Vaudet, âgée de seize ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marthe, n° 2, le 10 octobre 1848.

Elle portait dans chaque aine une ulcération à fond grisâtre, à bords taillés à pic. La maladie date d'un mois ; elle n'a pas été traitée, et, lors de l'entrée à l'hôpital, il y a une violente inflammation de la peau du ventre et de celle de la partie supérieure des cuisses, par suite de la marche. Bains, cataplasmes, repos au lit pendant plusieurs jours. Lorsque l'examen des parties génitales peut être fait sans douleur, on ne constate aucune ulcération ni à la vulve ni à l'anus. Tout le vagin est rouge ; il est le siège d'une sécrétion muco-purulente abondante, mais sans ulcération ; le col de l'utérus est sain. Pansement des ulcérations avec de la charpie imbibée de vin aromatique ; injections vaginales avec une solution d'alun. Six semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital, les ul-

(1) Cullerier. Quelques points de la contagion immédiate, in Mém. de la Soc. de chir., 1849.

cérations ont diminué de moitié, et la vaginite est singulièrement amendée.

Le 25 novembre, *après m'être de nouveau bien assuré que la muqueuse de la vulve et du vagin n'est ulcérée en aucun point et que le produit de la sécrétion de ces parties n'est pas inoculable*, je recueillis sur une spatule le pus d'un des chancres inguinaux en assez grande quantité, et je le portai dans le vagin; je fis promener la malade pendant *trente-cinq* minutes, en la surveillant de manière qu'elle ne portât pas la main à la vulve. Au bout de ce temps, je pris sur une lancette une certaine quantité de l'humidité vaginale et j'inoculai une des cuisses de la malade. Je lavai ensuite à grande eau le vagin et la vulve, j'essuyai avec précaution, puis je lavai de nouveau avec de l'eau fortement aluminée. Quarante-huit heures après, la piqûre d'inoculation avait donné lieu à la pustule caractéristique. Je la respectai jusqu'au lendemain pour plus d'exactitude dans l'expérience, et je la détruisis alors avec le caustique de Vienne. Rien absolument ne parut au vagin; la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie, et de la vaginite et des ulcérations inguinales. »

OBSERVATION III.

La seconde expérience a été faite sur la nommée Célestine X..., âgée de 24 ans, entrée à Lourcine, salle Saint-Louis, n° 7, le 28 novembre 1848.

Elle portait à l'aîne droite un bubon ulcéré qui datait de deux mois, et qui avait succédé, dit-elle, à un bubon qui n'a duré que quelques jours, et qui siégeait sur la face interne d'une des grandes lèvres. A l'époque de l'entrée à l'hôpital, on ne distingue pas la trace de ce bouton. La vulve, le vagin, le col de l'utérus et l'anus sont dans un état tout à fait normal. L'aspect de l'ulcération de l'aîne me fait supposer qu'elle est spécifique.

Dès le lendemain 9, le pus du bubon est pris avec une spatule et placé dans le vagin en imprimant quelques mouvements de va-et-vient, et tâchant de le porter aussi haut que possible. La malade se promène ensuite pendant près d'une heure, sans savoir qu'elle est l'objet d'une expérimentation. Elle est ramenée au lit, et alors je cueille sur une lancette tout ce que je puis des humidités vaginales, en faisant remarquer aux élèves et à quelques jeunes confrères qui m'entourent, qu'on ne distingue plus le pus introduit dans le vagin, ce que j'ai sur ma lancette ressemble tout à fait au mucus normal. J'inocule à l'une des cuisses et j'emploie les mêmes précautions de lavage que dans le cas précédent. Dès le lendemain, la pustule carac-

téristique s'élève et je ne la détruis qu'après quarante-huit heures. La vulve, le vagin et le col utérin sont ensuite surveillés pendant quelques jours, mais rien n'y paraît, le mal reste borné à l'aîne. (Je ne dois pas omettre de dire que bien qu'il n'y eût aucun signe de maladie à l'intérieur des organes génitaux, je n'en fis pas moins le même jour une inoculation avec le mucus qui la baigne, et que cette inoculation resta négative).

Ce genre de contagion médiate, démontré expérimentalement par Cullerier, avait été signalé par divers auteurs du *xvii^e* et du *xviii^e* siècle, et nous pourrions citer à l'appui certains passages des écrits de G. Vella, de Fernel, de Thierry de Héry, de Nicolas de Blégny, d'Astruc, etc. Ainsi nous lisons dans un ouvrage de G. Vella, écrit en 1505 (1), que ce médecin a connu des femmes saines qui eurent des relations avec des hommes infectés, et qui ne furent pas souillées par le principe virulent et le transmirent cependant à des individus qui coïtèrent avec elles. « *Novi mulieres « sanas quæ coiverunt cum infectis, in quas tale genus ægritudinis non transivit, et tamen transivit in viros alios « coeuntes cum illis.* » Fernel (2) n'était pas moins explicite lorsqu'il écrivait : « *Hauritur interdum lues a scorto quod « nondum sit inquinatum, cum quis cum eo volutatur, mox « ab alio impuro scortatore.* » De même, Thierry de Héry (3), ce savant et spirituel syphiliographe dont on connaît la réponse joyeuse à un moine qui, le voyant dans le royal charnier de l'abbaye de Saint-Denis, agenouillé devant le tombeau de Charles VIII, lui faisait remarquer que ce n'était pas là l'image d'un saint : « *Homme simple, je m'esbaudis de ta précieuse candeur, et si jamais tu tombes en mal de Naples, je te guarirai gratis pour ton bon avis. Apprends donc que je prise le bon roi Charles un peu plus*

(1) G. Vella. *Opuscula de morbo gallico*, Paris 1505.

(2) Fernel. *De luis venerea curatione perfectissima liber*, in-8. Anvers. 1577.

(3) Thierry de Héry. *La méthode curatoire de la maladie vénérienne, vulgairement appelée grosse vairolle*, in-8. Paris, 1562.

qu'un saint : il a été, sans le savoir, mon bienfaiteur, puisqu'il m'a fait gagner 30,000 livres de rente en apportant la vérole d'Italie en France. »

En 1674, Nicolas de Blégny, déjà connu à cette époque par l'*Académie des nouvelles découvertes en médecine*, dont il était le fondateur, et la publication du fameux journal, *le Mercure savant*, qui fut supprimé par un arrêt du Parlement après trois ans d'existence, Nicolas de Bligny écrivait, dans son ouvrage sur les maladies vénériennes (1), les lignes suivantes : « Quelques femmes qui ont esté trouvées saines n'ont pas laissé de gaster les hommes qui ont eu leur compagnie.... Une femme peut recevoir la semence d'un homme impur et se joindre peu après à un autre, sur la verge duquel cette matière corrompue pourra s'attacher et y faire une impression pernicieuse, quoique ensuite de cela, cette mesme femme puisse rejeter tout ce qu'elle aura reçu de l'un et de l'autre sans être endommagée. » Un peu plus d'un demi-siècle plus tard, Astruc admettait aussi ce genre de contagion médiate puisqu'il écrivait dans son immortel ouvrage (2) : « Mulieres quæ cum infectis rem habuerunt, dicuntur morbum communicasse cum aliis viris, licet ipsæ infectæ non fuerunt. »

Aux expériences de M. Cullerier, qui viennent corroborer les témoignages des divers auteurs anciens et modernes que nous venons de citer, sur la possibilité de ce genre de contagion médiate, viennent s'ajouter les observations cliniques dues à MM. Ricord et Puche. M. Ricord rapporte le fait suivant dans son beau livre *des inoculations* (3).

(1) M. de Blégny. L'art de guérir les maladies vénériennes expliqué par les principes de la mécanique, in-12. Paris 1673.

(2) Astruc. De morbis venereis libri sex. 4 vol, in-4° Paris 1736.

(3) Ricord. Traité des inoculations appliquées à l'étude des maladies vénériennes 1838.

OBSERVATION IV.

Un jeune homme eut des rapports avec une femme affectée de chancres ; il eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle qui fut infectée de la même maladie, sans que lui-même en fût atteint. Il est à remarquer que ce jeune homme ne s'était pas lavé après le coït, et que, chez lui, le prépuce était fort long.

Dans un autre ouvrage plus récent (1), le même auteur rapporte une observation analogue qui lui a été communiquée par M. Puche, alors son collègue au Midi.

OBSERVATION V.

Une jeune fille épouse par amour un jeune homme qu'elle enrichit. Le jeune homme dans le premier jour de son mariage, rencontre une ancienne maîtresse, et pratique le coït avec elle. — Puis, *immédiatement après*, il rentre chez lui et renouvelle le coït avec sa femme. A quelques jours d'intervalles, un chancre se déclare chez cette dame... Le mari reste intact. Le jeune homme avait le prépuce très-long ; il n'avait pris aucun soin de propreté après le premier coït. Quant à sa femme aucun soupçon d'infidélité ne pouvait être élevé contre elle.

Il est donc parfaitement évident que la contagion médiate par l'intermédiaire d'un individu, homme ou femme, resté sain, existe. Toutefois, on la rencontre fort exceptionnellement et les médecins devront se tenir en garde contre des individus qui exploitent cette variété pour dissimuler la source véritable de leurs chancres.

Nous avons vu que le chancre simple se produit toujours par contagion, c'est-à-dire par le contact du pus chancreux sur un point quelconque de la surface cutanée ou muqueuse du corps humain. Il nous reste à savoir maintenant si cette contagion du pus chancreux donnera toujours lieu à la production d'un chancre. Autrement dit, quelles sont les conditions que réclame la contagion pour s'exercer ? Ces conditions peuvent être classées en deux grandes catégories : celles qui tiennent aux tissus sur lesquels le pus est déposé, et celles

(1) Ricord. Leçons sur le chancre. 1860.

qui tiennent à la matière virulente elle-même. Nous les examinerons successivement.

Et d'abord les conditions qui tiennent aux tissus sur lesquels le pus est déposé. Il faut, avons-nous dit plus haut, pour que le chancre se produise, que les tissus sur lesquels est déposé le pus chancreux présentent des conditions de réceptivité, qui les rendent propres à subir son influence. « Or, dit avec raison Ricord (2), que nous aurons souvent à citer dans le cours de ce travail, — pourrait-il en être autrement? — La condition la plus favorable à la contagion est une solution de continuité, une éraillure, une plaie d'origine quelconque, surtout récente, siégeant sur les organes qui se trouvent exposés. C'est, en effet, sur les parties les plus susceptibles de se laisser déchirer, en raison soit de la finesse des tissus, soit de dispositions anatomiques spéciales, que nous voyons le chancre se développer le plus souvent. Cela explique, par exemple, sa prédilection pour la commissure inférieure de la vulve, pour le frein, pour la muqueuse préputiale, etc... Supposez, au contraire, qu'une partie des téguements, bien intacte et recouverte d'un bon épiderme, soit exposée, durant un temps plus ou moins long, au contact du pus virulent; ce contact sera *presque* à coup sûr sans résultat, et la contagion ne se produira pas. C'est grâce à l'immunité des surfaces exemptes de toute érosion et pourvues d'une doublure épidermique résistante, qu'il nous est permis de toucher et de manier chaque jour un grand nombre de chancres sans subir nous-mêmes la contagion. La même raison vous explique encore comment l'on peut échapper à la contagion dans un rapport avec une femme affectée de chancres. Cette immunité s'étend même aux muqueuses que recouvre seulement un épithélium beaucoup moins épais et plus facilement vulnérable. » C'est ce que démontrent péremptoirement les deux expériences de Cullerier que nous avons rap-

(1) Ricord, *loco citato*.
Labarthe.

portées plus haut. Nous avons hâte d'ajouter, après cette citation du grand maître, qu'il ne faudrait pas se figurer que la pénétration du pus virulent ne peut se faire que par des solutions de continuité. On tomberait dans une grave erreur. Le pus chancreux peut quelquefois ouvrir lui-même la brèche nécessaire à son action spécifique. Il suffit pour cela qu'il reste un certain temps en contact avec la muqueuse, surtout si elle est délicate et fine. Le virus, très-âcre, très-irritant, détermine une excitation analogue à celle que produisent toutes les substances irritantes que l'on applique sur les tissus. Son premier effet est une irritation simple, puis survient un érythème, puis une érosion, puis enfin l'ulcération caractéristique. Il est aisé de comprendre que les chancres développés par ce dernier genre de contagion sont plus longs à paraître que ceux qui naissent sur une surface cutanée ou muqueuse dénudée, et que leur apparition est subordonnée au plus ou moins de finesse des tissus sur lesquels le pus a été déposé.

Il nous reste, pour terminer cette question de la contagion, à dire quelques mots des conditions qui tiennent à la matière virulente elle-même.

Tout pus provenant d'un chancre simple est-il contagieux ? Oui, à condition qu'il n'ait pas subi d'altération. La quantité du pus est indifférente, puisque nous avons vu M. Puche produire du chancre avec une goutte de pus mélangé à un demi-verre d'eau. L'âge du pus est aussi indifférent, puisque Ricord a pu conserver le pus virulent, dans des tubes très-bien fermés, pendant dix, quinze et même dix-sept jours, sans lui rien enlever de ses propriétés virulentes. Nous lisons même dans un ouvrage de Sperino un fait qui prouve que le pus du chancre peut conserver pendant très-longtemps ses propriétés contagieuses, alors même qu'il est desséché. « Une lancette, — dit l'éminent syphiliographe italien, — dont je m'étais servi pour une inoculation, n'avait pas été essuyée, et se trouvait encore couverte vers la pointe d'une

couche légère de pus concret ; *sept mois* après, je l'humectai avec de l'eau, et je fis trois piqûres qui ont donné lieu à trois chancres dont on reconnut la virulence » (1).

Plusieurs expérimentateurs ont cherché si les liquides pathologiques sécrétés par l'individu malade peuvent modifier le pus chancreux, l'altérer et lui enlever ses propriétés virulentes et contagieuses. Ils ont pratiqué des inoculations avec le pus mélangé au muco-pus de l'urétrite, de la vaginite, de la balanite, et jamais le pus chancreux n'a été altéré dans sa composition, jamais il n'a perdu sa virulence, puisque toutes les inoculations ont été positives.

On a aussi voulu voir si les liquides normaux sécrétés par l'économie ne modifieraient pas la composition et les propriétés du pus chancreux. Pour cela, on l'a mélangé tour à tour à l'urine, au mucus vaginal, à la salive, à la sueur, au sperme, et les inoculations faites avec ces divers mélanges ont toujours donné des résultats positifs. Donc, pas plus que les liquides pathologiques, les liquides normaux de l'économie n'altèrent le pus virulent dans sa composition ni dans ses propriétés.

Jusqu'ici la sécrétion purulente du chancre simple n'a été modifiée que : 1^o par un altérant organique, la gangrène, qui détruit la propriété contagieuse du pus ainsi que l'ont démontré plusieurs inoculations pratiquées avec le pus de chancre gangréneux, qui toutes sont restées négatives ; 2^o par les réactifs chimiques, tels que les acides acétique, nitrique, sulfurique, chlorhydrique, l'ammoniaque, la potasse, le vin, l'alcool, les chlorures, etc. Lorsqu'ils sont mélangés au pus virulent, ces divers corps lui enlèvent sa propriété contagieuse, ainsi que l'ont démontré les inoculations avec le pus traité par ces liquides, qui ont toutes été négatives.

(1) Sperino, La siphilisation, traduit. française in-8. Turin, 1853.

CHAPITRE IV

Du siège du Chancre simple.

Le siège du chancre simple est très-variable. On peut le rencontrer sur toutes les parties du corps, ainsi que nous le démontrerons tout à l'heure, bien que quelques auteurs aient affirmé le contraire.

Envisagés au point de vue de leur siège, les chancres simples peuvent être divisés en deux grandes catégories : 1^o les chancres simples *génitaux*; 2^o les chancres simples *extra-génitaux*. Nous les étudierons, suivant cette division, chez l'homme et chez la femme.

Quelles sont, par ordre de fréquence, les parties du corps de l'homme et de la femme sur lesquelles on rencontre le chancre simple? Les statistiques vont nous répondre.

La première est due à Ricord. Elle porte sur 343 malades hommes (1) et fournit les chiffres suivants :

Chancres du gland et du prépuce.	296
— du fourreau de la verge.	15
— multiples de la verge, c'est-à-dire présentant à la fois des chancres du prépuce et du fourreau, du fourreau et du gland, etc.	17
— du méat urinaire.	9
— intra-uréthraux (ne pouvant être aperçus par l'écartement forcé des lèvres du méat; diagnostiqués par l'auscultation, par l'inoculation, par le toucher, par la lymphangite), etc.	3

(1) Ricord, Leçons sur le chancre, 1860.

Chancres du <i>scrotum</i>	»
— du sillon pénéo-scrotal.....	»
— de l'anus.....	2
— des lèvres.....	»
— de la langue.....	»
— du nez.....	»
— de la pituitaire.....	»
— de la paupière.....	»
— de la jambe.....	»
— des doigts.....	»

Nous empruntons la seconde à Fournier; elle repose sur 445 observations d'hommes atteints de chancres simples et donne :

Chancres du gland ou du prépuce.....	347
— du fourreau de la verge.....	21
— multiples de la verge, c'est-à-dire occupant à la fois le prépuce et le fourreau, le fourreau et le gland, etc.....	24
— de la verge (sans désignation plus précise).	25
— du méat urinaire.....	41
— intra-uréthraux.....	5
— du <i>scrotum</i>	3
— du pubis.....	3
— des doigts.....	2
— de la face interne et supérieure de la cuisse.	2
— de l'anus.....	1
— de la région thoracique antérieure.....	1
— de la face (lèvres, langue, nez, pituitaire, paupières), etc.....	»

Les chiffres de ces deux statistiques réunis nous donnent un total de 788 observations de chancres ainsi réparties :

Chancres du gland et du prépuce.....	643
— du fourreau de la verge.....	36
— multiples de la verge, c'est-à-dire occupant à la fois le prépuce et le fourreau, le fourreau et le gland, etc.....	41

(1) Fournier, Nouv. dict. de méd. et de chir., art. Chancre.

— de la verge (sans autre désignation plus précise)	25
— du méat urinaire	20
— intra-uréthraux	8
— du scrotum	3
— de l'anus	3
— des doigts	3
— de la face interne et supérieure des cuisses	2
— de la jambe	»
— de la région thoracique antérieure	1
— de la face (lèvres, langue, nez, pituitaire, paupières), etc.	»

La troisième, due à M. Debeauge, se trouve dans sa thèse inaugurale (1). Elle repose sur 206 observations de femmes atteintes de chancres simples, et donne les résultats suivants :

Chancres de la fourchette ou de la fosse naviculaire	78
— des grandes lèvres	19
— des petites lèvres	16
— du méat urinaire	21
— (de ces 21 chancres, 19 se prolongaient dans l'urèthre)	»
— du voisinage du méat	2
— du vestibule	4
— du clitoris	1
— de l'entrée du vagin (immédiatement en dehors des caroncules myrtiliformes, entre ces caroncules et les petites lèvres)	17
— du vagin (en arrière des caroncules)	7
— du col utérin	1
— de la marge de l'anus	25
— du sillon interfessier	5
— du périnée	5
— de la face interne des cuisses	5
— de l'hypogastre	2

Les trois statistiques que nous venons de citer nous conduisent à conclure que les chancres simples siègent, dans

(1) Debeauge. Trait. des chancres simples par la cautér. au chlorure de zinc, thèse de Paris, 1858.

l'immense majorité des cas, sur les organes *génitaux*. Leur présence sur les organes *extra-génitaux* constitue une très-minime exception. En effet, dans les 343 observations de chancres simples de Ricord, nous comptons 315 chancres simples génitaux et 28 seulement extra-génitaux. Dans les 445 observations de Fournier, nous comptons 436 chancres simples génitaux et 9 seulement extra-génitaux. Enfin, dans les 206 observations, dont la thèse de M. Debeauge nous donne le relevé, nous comptons 166 chancres simples génitaux et 40 seulement extra-génitaux.

Du reste, cette conclusion est conforme à celle de M. Clerc, qui, sur 2,000 malades atteints de chancres simples, a constaté seulement 20 chancres extra-génitaux, et à celle de M. Millet, qui, sur 201 malades atteints de chancres, n'en a pas observé un seul extra-génital.

Nous ajouterons que, nous-même, sur 104 malades atteints de chancres simples, nous n'avons rencontré que 2 chancres extra-génitaux.

Si nous faisons l'addition de tous les chiffres cités plus haut, nous voyons que, sur un total de 3,299 chancres simples observés, on a compté 2,200 chancres génitaux, et seulement 99 chancres extra-génitaux.

M. Clerc n'a donc pas exagéré lorsqu'il a dit que le chancre simple génital est au chancre simple extra-génital comme 99 est à 100.

Quelques mots maintenant sur les chancres *génitaux* et *extra-génitaux* dans les deux sexes.

Chancres génitaux.— Nous étudierons successivement les chancres génitaux *chez l'homme* et *chez la femme*.

CHEZ L'HOMME, le chancre simple génital a presque toujours son siège sur le *gland* et le *prépuce*. On le rencontre très-souvent dans le *sillon balano-préputial*, c'est-à-dire derrière le gland; dans le voisinage du *frein* et sur le frein lui-même. Il

est moins fréquent sur la *face interne du prépuce*, sur le *limbe*, et surtout sur le *gland*, principalement chez les sujets circon-cis; enfin, il est très-rare sur la *surface interne ou cutanée du prépuce*.

Les chancres simples du *méat urinaire* ne sont pas très-fréquents; ils peuvent siéger sur les deux lèvres de l'orifice urétral ou seulement sur une. On les rencontre de préférence chez les individus dont le prépuce est très-long, et surtout chez ceux qui ont déjà d'autres chancres siégeant sur le sillon. Les chancres du méat peuvent pénétrer plus ou moins avant dans le canal et donner alors naissance aux chancres appelés *intra-uréthraux* qui siègent d'ordinaire dans la *fosse naviculaire*. Toutefois, nous devons dire que ces chancres sont très-rares, et plusieurs spécialistes distingués n'en ont jamais rencontré dans leur pratique, ce qui a fait nier leur existence par M. Clerc. Les annales syphiliographiques comptent quelques observations de chancres simples génitaux intra-uréthraux situés plus profondément que la fosse naviculaire : celle entre autres, due à Ricord, de deux malades qui furent atteints d'ulcérations phagédéniques des *parties membraneuse et prostatique de l'urèthre*, ulcérations dont la nature chancreuse *semble* avoir été démontrée par l'inoculation; chez l'un de ces malades même, « il existait à l'intérieur de la vessie plusieurs ulcérations arrondies, à bords taillés à pic, ayant détruit toute la muqueuse, et offrant les caractères du chancre simple. »

Les chancres du *scrotum* sont de tous les chancres génitaux ceux que l'on rencontre le plus rarement; ils sont presque toujours consécutifs et dus à des auto-inoculations de voisinage.

CHEZ LA FEMME, le siège de prédilection du chancre simple est la *muqueuse vulvaire*. Parmi les chancres de la vulve, ceux que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique sont les chancres de la *fourchette* et ceux de la *fosse naviculaire*.

D'après nous, les raisons de cette fréquence se trouvent : 1^o dans la fréquence même chez l'homme du chancre du frein, qui, dans le coït normal, se trouve naturellement en contact avec ces deux organes ; 2^o dans la facilité avec laquelle les érosions et les écorchures peuvent se produire pendant le coït ; 3^o enfin dans la facilité qu'a le virus de se déposer dans les replis de la muqueuse et d'y séjourner pendant un temps assez long. C'est assez dire que nous n'admettons nullement les raisons données par Boys de Loury et Costhilles (1) de la fréquence des chancres simples de la fourchette et de la fosse naviculaire. Ces deux messieurs expliquent cette fréquence par la coïncidence d'un chancre du col, et ils en concluent, d'après la disposition anatomique des parties, que le pus de l'ulcération du col doit baigner la fourchette et la fosse naviculaire, où il s'inocule immédiatement. Pour que cette explication fût vraie, il faudrait établir la fréquence du chancre du col de l'utérus, et elle est loin d'être établie, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Il faudrait, en outre, qu'on n'eût pas observé de chancres de la fourchette et de la fosse naviculaire indépendants d'un chancre du col ; or on compte plusieurs observations de chancres siégeant sur ces deux organes, le col étant parfaitement sain. Enfin, on pourrait demander à MM. Boys de Loury et Costhilles comment la fourchette et la fosse naviculaire ne sont pas atteintes toutes les fois qu'il existe un chancre à la partie supérieure de la vulve, alors que le pus y aboutit encore bien plus facilement.

Après les chancres de la fourchette et de la fosse naviculaire viennent, par ordre de fréquence, les chancres du *méat urinaire*, qui, d'après les observations de M. Debaugé, pénètrent assez souvent à une certaine profondeur dans le canal de l'urèthre ; les chancres des *grandes* et des *petites lèvres*, ceux de l'*entrée du vagin*, du *vestibule*, des *caroncules*, du *clitoris*, etc.

(1) Gazette médicale de Paris, 1845.

Les chancres du *vagin* sont très-rare. M. Debaugé n'en cite que 7 cas dans sa statistique; et, pendant son long séjour à Saint-Lazare, M. Clerc n'en a rencontré que 8 ou 10 qui étaient situés à l'extrémité supérieure du vagin, dans le voisinage du col, et coïncidaient pour la plupart avec un chancre du *col de l'utérus*.

A propos de ces derniers, les avis sont partagés. Les uns, entre autres M. Debaugé, qui n'en cite qu'un cas dans sa statistique, et Fournier, disent qu'ils sont très-rare. Les autres, au contraire, prétendent qu'ils sont assez communs. Parmi eux, le docteur Denis, ex-médecin en chef du dispensaire de salubrité, qui dit en avoir observé un grand nombre, et évalue à une dizaine au moins ceux que l'on constate *tous les ans* parmi les prostituées inscrites à la police; le docteur Caron, médecin du dispensaire de salubrité, qui nous a tenu le même langage; M. Clerc, qui en a observé une vingtaine de cas, alors qu'il était médecin de Saint-Lazare, et, enfin, notre ami le docteur A. Desprez (1) qui en a rapporté plusieurs observations, recueillies dans son service de Lourcine.

Lorsque le *col de l'utérus* est le siège d'un chancre simple, celui-ci, ainsi que l'a fort bien fait observer M. Rollet, de Lyon (2), est toujours le résultat d'une inoculation directe, c'est-à-dire de l'application immédiate du pus chancereux sur l'organe utérin. Il se rencontre plus souvent sur la lèvre antérieure que sur la lèvre postérieure, celle-ci se trouvant presque toujours protégée par une nappe de mucus albumineux venant de la cavité utérine. De plus, comme les filles publiques présentent un peu d'antéversion de l'utérus, en même temps qu'un abaissement plus ou moins grand de cet organe, il s'ensuit que, chez elles, la face antérieure du col, qui par cette disposition se trouve placée en

(1) Desprez, Traité iconogr. de l'ulcération et des ulcères du col, 1870.

(2) Rollet. Ann. de dermat. et de syphil., 1870.

bas, est plus souvent le siège du chancre que la face postérieure, qui est dirigée en haut.

Enfin, le chancre simple peut quelquefois siéger jusque dans *la cavité même de l'utérus*. Le plus souvent alors, pour ne pas dire toujours, ces chancres coïncident avec d'autres occupant l'orifice du col et son pourtour, et ils ne se développent que par inoculation de voisinage. Nous ne connaissons qu'un seul cas de chancre simple occupant le corps de l'utérus seul; il a été observé à Montpellier par M. Combal, dans le service de M. Delmas. C'est ce qui nous engage à le reproduire ici.

OBSERVATION VI.

Chancre simple du corps de l'utérus.

Vers la fin de 1840, la nommée J... B..., âgée de vingt-deux ans, fut visitée par le professeur Lallemand, et cela par tous les moyens d'investigation connus. Rien ne décela chez elle aucun symptôme syphilitique. Cependant cette visite avait été faite sur l'invitation d'un officier qui se plaignait d'avoir été infecté par cette femme. Plusieurs plaintes analogues ayant été portées, cette personne fut dirigée sur le dépôt de police, et, en présence d'un assez grand nombre d'élèves, M. Delmas la soumit à un examen très-exact.... Le col parut sain; mais, en le pressant avec le spéculum, il en sortit un liquide muco-purulent avec lequel on pratiqua *quatre inoculations* sur la cuisse droite de la malade, inoculations *qui revêtirent la forme de quatre chancres bien caractérisés* (1).

Chancres extra-génitaux. — Pour étudier les chancres extra-génitaux, nous n'aurons pas besoin de les considérer successivement chez l'homme et chez la femme, puisqu'ils se rencontrent sur les mêmes parties dans les deux sexes. Nous les étudierons donc en même temps.

Et d'abord, constatons d'une manière générale qu'ils sont bien plus fréquents chez la femme que chez l'homme. En nous appuyant, en effet, sur les chiffres cités plus haut, nous

(1) Journal de la Soc. de méd. prat. de Montpellier, 1845.

voyons que sur 3,193 chancres simples observés chez l'homme, 59 seulement étaient extra-génitaux, tandis que sur 206 chancres observés chez la femme, on en comptait 40 extra-génitaux !

Après les organes génitaux, c'est sur la *région anale* qu'a été constaté le plus grand nombre de chancres simples. Les traités spéciaux et les recueils périodiques en renferment une cinquantaine d'observations. Les trois statistiques de Ricord, Fournier et Debauge, citées plus haut, en comptent à elles seules 28. M. Clerc, de son côté, déclare en avoir rencontré environ cinquante, tant à Saint-Lazare qu'à son dispensaire et à sa consultation particulière.

Les chancres de l'*anus* s'observent bien plus souvent chez la femme que chez l'homme, puisque, d'après les statistiques précédentes, nous voyons que sur les 28 chancres observés dans cette région, 25 l'ont été chez des femmes, et 3 seulement chez l'homme.

Cette fréquence tient à plusieurs raisons : d'abord à la structure anatomique de la femme. Chez elle, en effet, les organes génitaux sont très-voisins de la région anale, et le pus des chancres vulvaires et vaginaux peut ainsi se répandre très-facilement sur le périnée et les environs de l'anus. De plus, surtout chez les femmes grasses, l'anus est souvent le siège d'érosions, que le pus des chancres génitaux, lorsqu'il s'y dépose, transforme en chancres consécutifs, produits par auto-inoculation. Enfin, il faut bien avoir le courage de l'avouer, la principale cause de la fréquence du chancre simple de l'anus, chez la femme, c'est le peu de moralité qui règne souvent dans les rapports sexuels, et le développement assez grand des rapports *a venere prae-postera*, chez les filles publiques.

Cette dernière raison ne peut être invoquée pour l'homme ; car, c'est par exception qu'il se soumet au rôle passif dans ces actes d'odieux libertinage ; généralement il joue un rôle actif qui exclut chez lui les chances d'infection anale.

A propos du chancre de l'anus; notre savant maître, le professeur Tardieu, a noté une particularité importante au point de vue médico-légal. « Ces ulcérations étant presque toujours la conséquence des rapports contre nature, dit l'éminent médecin-légiste, il n'est pas rare de les voir siéger du même côté sur l'organe passif et sur l'organe actif; ce qui est le contraire de ce que l'on observe dans les cas de rapprochements naturels entre les deux sexes, et ce qu'explique suffisamment la différence de position. J'ai noté plus d'un exemple de ce genre, dans lequel la vérité jaillissait, pour ainsi dire, de la simple comparaison des deux individus soumis à l'examen. » (1).

Les chancres simples de la région anale occupent soit la *marge de l'anus*, soit l'*orifice anal*, et plus particulièrement la *ligne médiane*, en avant et en arrière. Rarement on les voit siéger au-dessus du *sphincter*. Ils passent inaperçus lorsqu'ils sont petits, cachés qu'ils sont par les replis de la membrane muqueuse; mais, dans le plus grand nombre des cas, ils s'étendent jusque sur la paroi qui entoure l'anus.

Les chancres simples peuvent encore se développer sur les différentes parties des *membres* et du *tronc*. C'est ainsi qu'on en a observé à la *partie interne des cuisses*, à la *face antérieure de la jambe*, ainsi que nous en avons rapporté un exemple personnel au chapitre consacré à l'étiologie; à la *face dorsale du pied*, aux *orteils*, aux *mains* et aux *doigts*. Clerc en a observé un *entre les seins*, chez une femme galante, dont les réponses embarrassées à ses questions, sur son mode de formation, lui firent assez comprendre qu'elle ne l'avait pas contracté en se grattant. On en a rencontré encore au *thorax*; à l'*abdomen*, sur le *nombril*, et enfin dans la *région inguinale*. Presque toujours les chancres qui siègent sur les diverses parties que nous venons d'énumérer, sont des chancres con-

(1) Tardieu. Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs, 5^e édit., 1867.

sécutifs produits par des inoculations de voisinage, ou par des auto-inoculations.

Jusqu'à présent nous n'avons pas parlé de la *tête* comme pouvant être le siège du chancre simple. Nous avons réservé ce point important pour la fin du chapitre, et nous allons lui consacrer un paragraphe spécial.

Du chancre céphalique. — Pendant longtemps, et jusqu'à ces dernières années, la presque unanimité des syphiliographes a cru que la tête était à l'abri de la contagion du chancre simple.

« Durant vingt-cinq ans de pratique, disait Ricord en 1856, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre mou développé à la face ou sur le crâne. Et pourtant, c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, soit aux paupières, soit au front, soit aux narines, soit enfin sur des points où leur présence paraît le plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu, comme au sinciput. Eh bien ! tous ces chancres appartenaient toujours, et comme fatalement, à une seule et même espèce de chancre, à l'espèce indurée. Ils s'accompagnèrent tous de symptômes propres à la vérole constitutionnelle. Pas un ne resta exempt d'induration, pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale. »

Cullerier, alors collègue de Ricord au Midi, affirmait aussi qu'il ne lui était jamais arrivé de rencontrer un seul chancre mou, non infectant, de la région céphalique.

De son côté, Puche, faisant le relevé de 30 observations de chancres céphaliques, déclarait n'en avoir pas rencontré une seule de chancre simple.

Surpris de la singularité de ce fait, M. Fournier institua une

sorte d'enquête pour en vérifier l'exactitude. Il s'occupa, en 1856 et 1857, de réunir sur cet intéressant sujet une série de documents, puisés à différentes sources, et fut assez heureux pour rassembler 126 observations, soit empruntées à plusieurs de ses maîtres et de ses collègues, soit personnelles. Dans tous ces faits, il ne trouva aucun exemple de chancre simple développé sur la région céphalique (1).

Cette immunité apparente de la tête contre le chancre simple piqua vivement la curiosité des savants, et la question du chancre *céphalique* devint une question *capitale*.

Deux moyens se présentèrent pour l'élucider : les *faits cliniques* et les *faits fournis par l'expérimentation*. Nous les passerons successivement en revue.

FAITS CLINIQUES. — En relisant attentivement un ouvrage publié par Ricord, en 1838 (2), nous voyons dans le premier tableau des inoculations pratiquées dans le service des hommes, de 1831 à 1837, *quatre* observations de chancres céphaliques à la période de progrès, 3 siégeant sur les lèvres et 1 sur la gorge, dont le pus inoculé a produit la pustule caractéristique. Nous voyons dans le second tableau des inoculations pratiquées dans le service des femmes, de 1831 à 1836, *six* observations de chancres céphaliques à la période de progrès, 4 siégeant sur les lèvres et 2 sur la gorge, dont le pus inoculé a produit la pustule caractéristique.

Voilà donc déjà 10 observations de chancres simples céphaliques bien caractéristiques, puisque nous savons aujourd'hui que le chancre infectant n'est jamais inoculable au malade qui le porte.

Nous trouvons, dans un mémoire publié en 1845, par Boys de Loury et Costilles (3), 2 observations de chancres simples céphaliques, que nous reproduisons ici.

(1) Fournier. Etude sur le chancre céphalique, 1858.

(2) Ricord. Traité des inoculations, 1838.

(3) Boys de Loury et Costilles. Mém. sur les chancres chez les femmes, dans la Gazette médicale de Paris, 20 mai 1845.

est moins fréquent sur la *face interne du prépuce*, sur le *limbe*, et surtout sur le *gland*, principalement chez les sujets circon-cis; enfin, il est très-rare sur la *surface interne ou cutanée du prépuce*.

Les chancres simples du *méat urinaire* ne sont pas très-fréquents; ils peuvent siéger sur les deux lèvres de l'orifice urétral ou seulement sur une. On les rencontre de préférence chez les individus dont le prépuce est très-long, et surtout chez ceux qui ont déjà d'autres chancres siégeant sur le sillon. Les chancres du méat peuvent pénétrer plus ou moins avant dans le canal et donner alors naissance aux chancres appelés *intra-uréthraux* qui siègent d'ordinaire dans la *fosse naviculaire*. Toutefois, nous devons dire que ces chancres sont très-rares, et plusieurs spécialistes distingués n'en ont jamais rencontré dans leur pratique, ce qui a fait nier leur existence par M. Clerc. Les annales syphiliographiques comptent quelques observations de chancres simples génitaux intra-uréthraux situés plus profondément que la fosse naviculaire : celle entre autres, due à Ricord, de deux malades qui furent atteints d'ulcérations phagédéniques des *parties membraneuse et prostatique de l'urèthre*, ulcérations dont la nature chancreuse *semble* avoir été démontrée par l'inoculation; chez l'un de ces malades même, « il existait à l'intérieur de la vessie plusieurs ulcérations arrondies, à bords taillés à pic, ayant détruit toute la muqueuse, et offrant les caractères du chancre simple. »

Les chancres du *scrotum* sont de tous les chancres génitaux ceux que l'on rencontre le plus rarement; ils sont presque toujours consécutifs et dus à des auto-inoculations de voisinage.

CHEZ LA FEMME, le siège de prédilection du chancre simple est la *muqueuse vulvaire*. Parmi les chancres de la vulve, ceux que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique sont les chancres de la *fourchette* et ceux de la *fosse naviculaire*.

D'après nous, les raisons de cette fréquence se trouvent : 1^o dans la fréquence même chez l'homme du chancre du frein, qui, dans le coït normal, se trouve naturellement en contact avec ces deux organes ; 2^o dans la facilité avec laquelle les érosions et les écorchures peuvent se produire pendant le coït ; 3^o enfin dans la facilité qu'a le virus de se déposer dans les replis de la muqueuse et d'y séjourner pendant un temps assez long. C'est assez dire que nous n'admettons nullement les raisons données par Boys de Loury et Costhilles (1) de la fréquence des chancres simples de la fourchette et de la fosse naviculaire. Ces deux messieurs expliquent cette fréquence par la coïncidence d'un chancre du col, et ils en concluent, d'après la disposition anatomique des parties, que le pus de l'ulcération du col doit baigner la fourchette et la fosse naviculaire, où il s'inocule immédiatement. Pour que cette explication fût vraie, il faudrait établir la fréquence du chancre du col de l'utérus, et elle est loin d'être établie, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Il faudrait, en outre, qu'on n'eût pas observé de chancres de la fourchette et de la fosse naviculaire indépendants d'un chancre du col ; or on compte plusieurs observations de chancres siégeant sur ces deux organes, le col étant parfaitement sain. Enfin, on pourrait demander à MM. Boys de Loury et Costhilles comment la fourchette et la fosse naviculaire ne sont pas atteintes toutes les fois qu'il existe un chancre à la partie supérieure de la vulve, alors que le pus y aboutit encore bien plus facilement.

Après les chancres de la fourchette et de la fosse naviculaire viennent, par ordre de fréquence, les chancres du *mét urinaire*, qui, d'après les observations de M. Debauge, pénètrent assez souvent à une certaine profondeur dans le canal de l'urèthre ; les chancres des *grandes* et des *petites lèvres*, ceux de l'*entrée du vagin*, du *vestibule*, des *caroncules*, du *clitoris*, etc.

(1) Gazette médicale de Paris, 1845.

Les chancres du *vagin* sont très-rares. M. Débaugé n'en cite que 7 cas dans sa statistique; et, pendant son long séjour à Saint-Lazare, M. Clerc n'en a rencontré que 8 ou 10 qui étaient situés à l'extrémité supérieure du vagin, dans le voisinage du col, et coïncidaient pour la plupart avec un chancre du *col de l'utérus*.

A propos de ces derniers, les avis sont partagés. Les uns, entre autres M. Debaugé, qui n'en cite qu'un cas dans sa statistique, et Fournier, disent qu'ils sont très-rares. Les autres, au contraire, prétendent qu'ils sont assez communs. Parmi eux, le docteur Denis, ex-médecin en chef du dispensaire de salubrité, qui dit en avoir observé un grand nombre, et évalue à une dizaine au moins ceux que l'on constate *tous les ans* parmi les prostituées inscrites à la police; le docteur Caron, médecin du dispensaire de salubrité, qui nous a tenu le même langage; M. Clerc, qui en a observé une vingtaine de cas, alors qu'il était médecin de Saint-Lazare, et, enfin, notre ami le docteur A. Desprez (1) qui en a rapporté plusieurs observations, recueillies dans son service de Lourcine.

Lorsque le *col de l'utérus* est le siège d'un chancre simple, celui-ci, ainsi que l'a fort bien fait observer M. Rollet, de Lyon (2), est toujours le résultat d'une inoculation directe, c'est-à-dire de l'application immédiate du pus chancereux sur l'organe utérin. Il se rencontre plus souvent sur la lèvre antérieure que sur la lèvre postérieure, celle-ci se trouvant presque toujours protégée par une nappe de mucus albumineux venant de la cavité utérine. De plus, comme les filles publiques présentent un peu d'antéversion de l'utérus, en même temps qu'un abaissement plus ou moins grand de cet organe, il s'ensuit que, chez elles, la face antérieure du col, qui par cette disposition se trouve placée en

(1) Desprez, *Traité iconogr. de l'ulcération et des ulcères du col*, 1870.

(2) Rollet. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1870.

bas, est plus souvent le siège du chancre que la face postérieure, qui est dirigée en haut.

Enfin, le chancre simple peut quelquefois siéger jusque dans *la cavité même de l'utérus*. Le plus souvent alors, pour ne pas dire toujours, ces chancres coïncident avec d'autres occupant l'orifice du col et son pourtour, et ils ne se développent que par inoculation de voisinage. Nous ne connaissons qu'un seul cas de chancre simple occupant le corps de l'utérus seul; il a été observé à Montpellier par M. Combal, dans le service de M. Delmas. C'est ce qui nous engage à le reproduire ici.

OBSERVATION VI.

Chancre simple du corps de l'utérus.

Vers la fin de 1840, la nommée J... B..., âgée de vingt-deux ans, fut visitée par le professeur Lallemand, et cela par tous les moyens d'investigation connus. Rien ne décela chez elle aucun symptôme syphilitique. Cependant cette visite avait été faite sur l'invitation d'un officier qui se plaignait d'avoir été infecté par cette femme. Plusieurs plaintes analogues ayant été portées, cette personne fut dirigée sur le dépôt de police, et, en présence d'un assez grand nombre d'élèves, M. Delmas la soumit à un examen très-exact.... Le col parut sain; mais, en le pressant avec le spéculum, il en sortit un liquide muco-purulent avec lequel on pratiqua *quatre inoculations* sur la cuisse droite de la malade, inoculations qui *revêtirent la forme de quatre chancres bien caractérisés* (1).

Chancres extra-génitaux. — Pour étudier les chancres extra-génitaux, nous n'aurons pas besoin de les considérer successivement chez l'homme et chez la femme, puisqu'ils se rencontrent sur les mêmes parties dans les deux sexes. Nous les étudierons donc en même temps.

Et d'abord, constatons d'une manière générale qu'ils sont bien plus fréquents chez la femme que chez l'homme. En nous appuyant, en effet, sur les chiffres cités plus haut, nous

(1) Journal de la Soc. de méd. prat. de Montpellier, 1845.

voyons que sur 3,193 chancres simples observés chez l'homme, 59 seulement étaient extra-génitaux, tandis que sur 206 chancres observés chez la femme, on en comptait 40 extra-génitaux !

Après les organes génitaux, c'est sur la *région anale* qu'a été constaté le plus grand nombre de chancres simples. Les traités spéciaux et les recueils périodiques en renferment une cinquantaine d'observations. Les trois statistiques de Ricord, Fournier et Debauge, citées plus haut, en comptent à elles seules 28. M. Clerc, de son côté, déclare en avoir rencontré environ cinquante, tant à Saint-Lazare qu'à son dispensaire et à sa consultation particulière.

Les chancres de l'*anus* s'observent bien plus souvent chez la femme que chez l'homme, puisque, d'après les statistiques précédentes, nous voyons que sur les 28 chancres observés dans cette région, 25 l'ont été chez des femmes, et 3 seulement chez l'homme.

Cette fréquence tient à plusieurs raisons : d'abord à la structure anatomique de la femme. Chez elle, en effet, les organes génitaux sont très-voisins de la région anale, et le pus des chancres vulvaires et vaginaux peut ainsi se répandre très-facilement sur le périnée et les environs de l'anus. De plus, surtout chez les femmes grasses, l'anus est souvent le siège d'érosions, que le pus des chancres génitaux, lorsqu'il s'y dépose, transforme en chancres consécutifs, produits par auto-inoculation. Enfin, il faut bien avoir le courage de l'avouer, la principale cause de la fréquence du chancre simple de l'anus, chez la femme, c'est le peu de moralité qui règne souvent dans les rapports sexuels, et le développement assez grand des rapports *a venere prae-postera*, chez les filles publiques.

Cette dernière raison ne peut être invoquée pour l'homme ; car, c'est par exception qu'il se soumet au rôle passif dans ces actes d'odieux libertinage ; généralement il joue un rôle actif qui exclut chez lui les chances d'infection anale.

A propos du chancre de l'an^{us}, notre savant maître, le professeur Tardieu, a noté une particularité importante au point de vue médico-légal. « Ces ulcérations étant presque toujours la conséquence des rapports contre nature, dit l'éminent médecin-légiste, il n'est pas rare de les voir siéger du même côté sur l'organe passif et sur l'organe actif; ce qui est le contraire de ce que l'on observe dans les cas de rapprochements naturels entre les deux sexes, et ce qu'explique suffisamment la différence de position. J'ai noté plus d'un exemple de ce genre, dans lequel la vérité jaillissait, pour ainsi dire, de la simple comparaison des deux individus soumis à l'examen. » (1).

Les chancres simples de la région anale occupent soit la *marge de l'an^{us}*, soit l'*orifice anal*, et plus particulièrement la *ligne médiane*, en avant et en arrière. Rarement on les voit siéger au-dessus du *sphincter*. Ils passent inaperçus lorsqu'ils sont petits, cachés qu'ils sont par les replis de la membrane muqueuse; mais, dans le plus grand nombre des cas, ils s'étendent jusque sur la paroi qui entoure l'an^{us}.

Les chancres simples peuvent encore se développer sur les différentes parties des *membres* et du *tronc*. C'est ainsi qu'on en a observé à la *partie interne des cuisses*, à la *face antérieure de la jambe*, ainsi que nous en avons rapporté un exemple personnel au chapitre consacré à l'étiologie; à la *face dorsale du pied*, aux *orteils*, aux *mains* et aux *doigts*. Clerc en a observé un *entre les seins*, chez une femme galante, dont les réponses embarrassées à ses questions, sur son mode de formation, lui firent assez comprendre qu'elle ne l'avait pas contracté en se grattant. On en a rencontré encore au *thorax*, à l'*abdomen*, sur le *nombril*, et enfin dans la *région inguinale*. Presque toujours les chancres qui siègent sur les diverses parties que nous venons d'énumérer, sont des chancres con-

(1) Tardieu. Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs, 5^e édit., 1867.

sécutifs produits par des inoculations de voisinage, ou par des auto-inoculations.

Jusqu'à présent nous n'avons pas parlé de la *tête* comme pouvant être le siège du chancre simple. Nous avons réservé ce point important pour la fin du chapitre, et nous allons lui consacrer un paragraphe spécial.

Du chancre céphalique. — Pendant longtemps, et jusqu'à ces dernières années, la presque unanimité des syphiliographes a cru que la tête était à l'abri de la contagion du chancre simple.

« Durant vingt-cinq ans de pratique, disait Ricord en 1856, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre mou développé à la face ou sur le crâne. Et pourtant, c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, soit aux paupières, soit au front, soit aux narines, soit enfin sur des points où leur présence paraît le plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu, comme au sinciput. Eh bien ! tous ces chancres appartenaient toujours, et comme fatalement, à une seule et même espèce de chancre, à l'espèce indurée. Ils s'accompagnèrent tous de symptômes propres à la vérole constitutionnelle. Pas un ne resta exempt d'induration, pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale. »

Cullerier, alors collègue de Ricord au Midi, affirmait aussi qu'il ne lui était jamais arrivé de rencontrer un seul chancre mou, non infectant, de la région céphalique.

De son côté, Puche, faisant le relevé de 30 observations de chancres céphaliques, déclarait n'en avoir pas rencontré une seule de chancre simple.

Surpris de la singularité de ce fait, M. Fournier institua une

sorte d'enquête pour en vérifier l'exactitude. Il s'occupa, en 1836 et 1837, de réunir sur cet intéressant sujet une série de documents, puisés à différentes sources, et fut assez heureux pour rassembler 126 observations, soit empruntées à plusieurs de ses maîtres et de ses collègues, soit personnelles. Dans tous ces faits, il ne trouva aucun exemple de chancre simple développé sur la région céphalique (1).

Cette immunité apparente de la tête contre le chancre simple piqua vivement la curiosité des savants, et la question du chancre *céphalique* devint une question *capitale*.

Deux moyens se présentèrent pour l'élucider : les *faits cliniques* et les *faits fournis par l'expérimentation*. Nous les passerons successivement en revue.

FAITS CLINIQUES. — En relisant attentivement un ouvrage publié par Ricord, en 1838 (2), nous voyons dans le premier tableau des inoculations pratiquées dans le service des hommes, de 1831 à 1837, *quatre* observations de chancres céphaliques à la période de progrès, 3 siégeant sur les lèvres et 1 sur la gorge, dont le pus inoculé a produit la pustule caractéristique. Nous voyons dans le second tableau des inoculations pratiquées dans le service des femmes, de 1831 à 1836, *six* observations de chancres céphaliques à la période de progrès, 4 siégeant sur les lèvres et 2 sur la gorge, dont le pus inoculé a produit la pustule caractéristique.

Voilà donc déjà 10 observations de chancres simples céphaliques bien caractéristiques, puisque nous savons aujourd'hui que le chancre infectant n'est jamais inoculable au malade qui le porte.

Nous trouvons, dans un mémoire publié en 1845, par Boys de Loury et Costilles (3), 2 observations de chancres simples céphaliques, que nous reproduisons ici.

(1) Fournier. Etude sur le chancre céphalique, 1858.

(2) Ricord. Traité des inoculations, 1838.

(3) Boys de Loury et Costilles. Mém. sur les chancres chez les femmes, dans la Gazette médicale de Paris, 20 mai 1845.

OBSERVATION VII.

« Une femme est entrée à Saint-Lazare portant des chancres aux parties génitales; elle était atteinte en même temps d'une conjonctivite avec épiphora qui avait à peine irrité l'angle interne de l'œil droit; en y portant les doigts imprégnés du virus provenant des chancres, l'érosion est devenue un chancre qui s'est induré et qui, sans présenter de complications, a guéri au moyen d'un traitement rationnel. »

OBSERVATION VIII.

« Une autre femme avait une othorée. Elle a porté dans l'oreille en se grattant du pus qui provenait d'un chancre des parties génitales, ce qui a changé en un chancre l'ulcération légère qui existait dans le conduit auditif interne. »

M. Diday, de Lyon, a vu, chez une jeune fille de 19 ans, une ulcération de la lèvre inférieure, qui offrit les caractères et eut la durée d'un chancre primitif. Cet ulcère persista pendant un mois. Il n'était pas induré, ne développa dans la région sous-maxillaire aucune adénite, et n'a pas été suivi d'accidents constitutionnels.

M. Clerc a observé un fait analogue, que nous reproduisons textuellement.

OBSERVATION IX.

« Chez une femme du *demi-monde* qui nous consultait pour une affection du cœur, notre attention fut attirée par la présence d'une cicatrice siégeant sur le bord libre de la lèvre inférieure, très-exactement sur la ligne médiane. Nous apprîmes que cette cicatrice résultait d'une ulcération qui avait duré près de deux mois, n'avait donné lieu à aucun engorgement des ganglions sous-maxillaires, et surtout n'avait été suivie d'aucun des symptômes de la syphilis généralisée; circonstances dont nous nous assûrâmes par de nombreuses et minutieuses questions. M. Demarquay, plusieurs fois consulté par la malade, avait diagnostiqué un chancre. »

M. Puche, l'ancien médecin du Midi, a publié une observation de chancre céphalique non infectant qui présente toutes les garanties possibles d'authenticité, venant d'un homme

Labarthe.

qui, en 1857, ne croyait pas à son existence, n'en ayant jamais rencontré dans sa longue carrière; la voici toute entière :

OBSERVATION X.

« Le nommé A..., âgé de 28 ans, entra dans mon service le 17 novembre 1861. Ce jeune homme présentait sur la peau de la lèvre inférieure, vers la ligne médiane, une ulcération chancreuse, circulaire, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, offrant tous les caractères d'un *chancre simple*. Je la montrai à mon collègue, M. le docteur Cullerier, qui l'examina avec grand soin et porta un diagnostic opposé (*chancre infectant*). Pour lever tous les doutes, j'eus recours à l'*inoculation*. Le 18, une inoculation fut faite sur l'abdomen, à quelques centimètres au-dessus du nombril, avec une gouttelette de pus empruntée à ce chancre. Pendant que je pratiquais cette petite opération, le malade, en voulant me retenir la main, se fit piquer le doigt avec la lancette chargée de pus. Les jours suivants, un double chancre s'était produit sur l'abdomen et sur le doigt. Ce malade ne fut soumis à aucun traitement antisyphilitique. Le chancre de la lèvre et les chancres d'inoculation guérissent dans le courant de décembre en laissant des cicatrices simples, dépourvues de toute induration. Aucun accident constitutionnel ne s'était manifesté, quand le malade quitta l'hôpital le 31 décembre. »

L'observation suivante est extraite de la thèse de M. Millet :

OBSERVATION XI.

T... J..., ébéniste, âgé de 38 ans, entré à l'hôpital du Midi, le 1^{er} août 1865, salle 8, n° 29.

Le 13 juillet, étant au bain froid dans un endroit défendu, T... est poursuivi par les municipaux, et fuit devant eux à la nage, pendant deux heures. A sa sortie de l'eau, il éprouve une fatigue extrême et de violentes douleurs lombaires.

Le lendemain, il se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, prend une ordonnance, rentre chez lui et garde le lit pendant quatorze jours, ne recevant que sa maîtresse.

Le 29 juillet, il sort pour la première fois. Dans la nuit de ce jour, il éprouve une douleur cuisante à la lèvre inférieure à son lever, il

(1) Millet. Thèse de Paris, 1866.

constate sur la face cutanée et sur la face muqueuse de cette lèvre de petits boutons jaunâtres. Dès le lendemain, ces boutons sont remplacés par des ulcérations croûteuses.

Craignant alors une affection vénérienne, quoique sa maîtresse, dit-il, soit parfaitement saine, il se présente à l'hôpital du Midi, le 1^{er} août.

Etat à l'entrée. — Etat général parfait, appétit excellent, mais mastication gênée par la douleur due au contact des aliments avec la lèvre inférieure. Cette lèvre est légèrement tuméfiée, molle, pâteuse, sans trace d'induration; muqueuse rouge-foncé, bleuâtre, luisante. A la partie médiane et en bas, près du sillon gingivo-labial, ulcération avec les caractères suivants : arrondie, de 1 centimètre de diamètre, profonde, anfractueuse; bords décollés, saillants et frangés, d'un rouge foncé, tranchant sur la coloration des parties voisines; un lambeau de muqueuse est en partie détaché; il adhère plus qu'en bas au niveau du sillon. Ce lambeau de muqueuse est accolé, sans adhérence, à la gencive inférieure; il est ulcéré sur la partie qui correspond à l'ulcération de la lèvre, de sorte qu'au premier abord la gencive elle-même paraît ulcérée; mais il n'en est rien, et l'on rabat facilement le lambeau sur l'ulcération labiale, comme on le ferait d'un couvercle. Le fond de l'ulcération est anfractueux et tapissé dans toute son étendue par une fausse membrane blanche, adhérente et très-résistante. Cette fausse membrane est baignée par une salive visqueuse, grisâtre, très-abondante. Base souple, non indurée.

Sur la face cutanée à la lèvre inférieure, on voit, au milieu des poils de la barbe, deux petites ulcérations croûteuses. Les gencives sont pâles, non tuméfiées, non ulcérées; elles offrent au collet des dents un enduit gris-jaunâtre. Dents bonnes, mais noires comme celles des fumeurs.

Rien dans les autres parties de la bouche et du pharynx.

A la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane, on sent un ganglion sous-maxillaire, volumineux comme un gros œuf de pigeon, tendu, élastique et douloureux à la pression. Salivation peu abondante, plus pourtant que d'habitude; salive épaisse, filante; haleine non fétide.

Pas de douleur spontanée, mais seulement dans la mastication.

Ce malade fume beaucoup. Il fait remonter les derniers rapports sexuels au 10 juillet.

Le 2 août, inoculation sur l'abdomen. La surface de l'ulcération est grattée avec une épingle neuve que nous piquons ensuite dans la peau.

Le 3 même état. — Gargarisme à l'acide chlorhydrique.

L'inoculation présente un petit point rouge acuminé.

Le 5, la fausse membrane a disparu, l'ulcération est comblée par un détritus jaunâtre; inoculation nettement pustuleuse.

Le 7, les bords de l'ulcération se sont affaissés; elle est moins profonde, mais elle paraît plus large.

Le malade a détaché les croûtes de la barbe; on y voit maintenant deux petites ulcérations, assez profondes, arrondies, à bords taillés à pic, à fond grisâtre.

L'enduit qui entourait les dents a disparu; celles-ci se nettoient, le malade n'a pas fumé depuis son entrée.

L'inoculation forme une pustule blanc-jaunâtre de la grosseur d'un pois.

La mastication est peu douloureuse. On remplace l'acide chlorhydrique par un gargarisme et une potion au chlorate de potasse.

Le 9, même état, même traitement; appétit violent; six portions!

Le 12, la réparation a commencé; elle se fait de la périphérie au centre. Le fond des ulcérations est net, le détritus jaunâtre a disparu. Plus de salivation, plus de douleur.

Le 14, la surface de l'ulcération de la muqueuse a diminué de moitié; le lambeau accolé à la gencive a disparu en partie.

Les ulcérations cutanées sont en voie de cicatrisation.

Pustule d'inoculation stationnaire.

Le 17, la réparation marche; le lambeau a été éliminé, la pustule d'inoculation s'est flétrie; elle laisse à sa place un petit noyau dur.

Le ganglion sous-maxillaire a diminué de volume: il est indolent.

Le 19, toutes les ulcérations sont cicatrisées; les gencives et les dents sont en bon état; le ganglion présente encore une légère augmentation de volume. On cesse le traitement.

Le 21 août, exeat, guéri. Le malade promet de revenir s'il lui survient quelque accident. Nous ne l'avons pas revu depuis.

N. B. Nous devons ajouter que nous croyons peu aux renseignements donnés par le malade touchant ses relations sexuelles; il a toujours paru embarrassé par nos questions, et nous a constamment refusé de nous laisser examiner ou seulement interroger sa maîtresse.

Enfin, nous-même, pendant le siège, avons eu l'heureuse bonne fortune d'observer un chancre simple de la région céphalique, siégeant sur la lèvre inférieure, au milieu de la

partie située entre la ligne médiane et la commissure gauche, et développé dans de curieuses circonstances.

Voici cette observation dans tous ses détails :

OBSERVATION XII.

Le 4 décembre 1870, le nommé J... D..., artiste peintre, âgé de 29 ans, d'une bonne constitution, se présente à nous, accompagné d'un de ses amis.

Antécédents vénériens. — Deux blennorrhagies remontant, l'une à 1860, l'autre à 1867. Cette dernière fut compliquée d'une orchite à gauche.

Etat actuel. — 1° Trois chancres, dont l'un siège sur le frein qu'il a détruit en partie, et les deux autres dans la rainure balano-préputiale du côté droit du frein; 2° adénite inguinale à droite, très-enflammée; peau chaude, tendue, rouge violacé; fluctuation.

Au dire du malade, les chancres ont apparu le 19 novembre, quatre jours après un coït avec une fille du boulevard. Il n'a pas voulu voir de médecin et les a traités, d'après les conseils d'un pharmacien, avec du coton imbibé de vin aromatique. — Quant au bubon, il a commencé à en souffrir le 27, et attribue son développement aux exercices fatigants auxquels l'oblige le service de la garde nationale.

Je prescris au malade le traitement suivant : repos au lit; panser les chancres matin et soir avec la poudre iodoforme; appliquer des cataplasmes sur le bubon jusqu'à demain matin. — A dix heures, j'irai l'ouvrir.

« Mais ne pourriez-vous l'ouvrir tout de suite, je souffre horriblement, et cela me soulagerait plus vite! »

En vain j'objectai au malade qu'il serait plus commode pour moi et pour lui de l'ouvrir chez lui, lorsqu'il serait couché. Il insista tellement que je me décidai à faire l'opération séance tenante.

Je prie le malade de déboutonner son pantalon, et de l'abaisser jusqu'aux genoux. Je lui relève sa chemise et le fais allonger sur une chaise longue, en ayant soin de placer sous ses fesses un carré de toile cirée recouvert d'une serviette pliée en deux. Une fois dans cette position, je rase les poils qui me gênaient, place une éponge entre sa cuisse droite et ses bourses, et prie son ami de se mettre à gauche de la chaise longue, de maintenir étendue d'une main la jambe droite du patient, et de soutenir l'éponge de l'autre. Je prends alors un bistouri, l'enfonce à une profondeur de 3 centimètres environ

et le retire en faisant une incision de la même largeur. Le pus sort en assez grande quantité (presque un verre à bordeaux) grâce à la pression que j'exerce sur les deux côtés de l'incision, malgré les cris du patient.

Je procède ensuite au pansement : tampon de charpie sur le bubon, compresse par-dessus ; le tout fixé par un bandage approprié que j'arrête avec une épingle, placée au-dessus du tampon de charpie. Je congédie mon malade, lui prescrivant de se mettre au lit en rentrant et de tenir des cataplasmes sur son bubon jusqu'à nouvel ordre.

Le 8 décembre, je vais le voir. Je le trouve dans son lit, ayant de tous points suivi mes prescriptions. Les chancres allaient mieux ; le bubon avait à peu près perdu tous ses caractères inflammatoires. Je fais cesser les cataplasmes et prescris des mèches enduites de :

Glycérolé d'amidon... 15 grammes.

Poudre iodoforme..... 3 grammes.

J'allais me retirer, lorsque M. D... me dit que sa lèvre inférieure lui fait mal. Soulevant alors son énorme moustache, qui la cachait presque complètement, j'aperçois sur le milieu de la partie située entre la ligne médiane et la commissure gauche, une ulcération longitudinale ayant la forme d'une gerçure profonde, mais dont les bords sont taillés à pic, un peu décollés, et dont le fond grisâtre fournit une sécrétion purulente.

Avant de faire connaître au malade mon opinion sur cette ulcération, qui offrait toutes les apparences d'un chancre, je le questionnai, pour savoir depuis quand il avait cette plaie à la lèvre.

— Quand je suis allé chez vous, me dit-il, j'avais simplement la lèvre gerçée, je ne me suis aperçu que deux jours après, c'est-à-dire avant-hier, de l'aspect étrange que prenait ma gerçure.

— N'avez-vous pas, par mégarde, porté vos doigts à la bouche, sans les avoir essuyés, après avoir touché vos chancres ou votre bubon ?

— Non, monsieur, je ne crois pas.

— Voyons, rappelez bien vos souvenirs.

— Attendez !... je me souviens maintenant qu'en rentrant de chez vous, j'ai défait le bandage et que, par une étourderie bizarre, j'ai mis entre mes lèvres l'épingle qui retenait le bandage au niveau de la charpie placée sur le bubon... mais il est impossible que...

— Plus de doute ! vous avez un chancre à la lèvre ; c'est le pus qui souillait l'épingle qui, déposé sur votre lèvre, a transformé la gerçure en un chancre. Du reste, pour nous assurer que c'est bien

un chancre, si vous le voulez bien, je vais pratiquer sur une partie de votre corps une inoculation ?

Le malade y consentit. Je pris donc sur la pointe d'une aiguille du pus de la plaie de la lèvre, et je l'inoculai sur son ventre, 2 centimètres environ au-dessous du nombril, en lui recommandant d'éviter tout frottement sur ce point. Je me retirai ensuite, promettant de revenir dans quatre jours.

Le 12 décembre, les chancres de la verge allaient de mieux en mieux et commençaient à entrer dans la période de réparation. Le bubon allait bien. La plaie de la lèvre, sur laquelle je n'avais rien mis, avait augmenté de dimension. Enfin, l'inoculation était positive, et présentait une auréole rouge inflammatoire, ayant à son centre une petite *vésicule* pleine de sérosité !

Notre diagnostic se trouvait donc réalisé ! L'ulcère de la lèvre était bien un chancre simple.

Je cautérisai fortement l'inoculation, fis continuer l'iodoforme sur les chancres de la verge et dans le bubon. Quant au chancre labial, je le cautérisai légèrement au nitrate d'argent et le saupoudrai de poudre iodoforme, que je maintins, en la recouvrant, d'une bandelette de baudruche gommée.

Le 20 décembre, les chancres de la verge étaient cicatrisés. Celui de la lèvre le fut deux jours plus tard, sans avoir occasionné d'engorgement ganglionnaire. Enfin le bubon fut guéri le 3 janvier.

FAITS FOURNIS PAR L'EXPÉRIMENTATION.—Si les observations que nous venons de citer peuvent laisser quelque incertitude sur l'existence du chancre céphalique simple *par contagion*, ces doutes ne pourront se manifester au sujet des faits que nous allons exposer, puisqu'ils sont *tous* fournis par l'inoculation *artificielle*, et réunissent par conséquent toutes les conditions de la certitude.

Ces faits, que nous allons rapporter en suivant leur ordre chronologique de publication, démontrent d'une manière absolue que la région céphalique ne jouit d'aucune immunité contre le chancre simple.

Le premier fait d'inoculation artificielle du chancre simple à la région céphalique, a été publiée par M. Diday, de Lyon (1).

OBSERVATION XIII.

Le 18 septembre 1857, sur mon invitation expresse, à laquelle il voulut bien se rendre, M. Rollet recueillit sur une lancette le pus provenant de chancres du fourreau; ces chancres au nombre de deux, existaient depuis quinze jours chez un jeune homme, et avaient *tout l'aspect des chancres simples*... Avec une lancette chargée de ce pus, M. Rollet fit deux piqûres au-dessus de l'*apophyse mastoïde*, chez un vieillard cancéreux, mais exempt de syphilis actuelle ou passée. — Sur chacun des points piqués, il se développa en deux jours un chancre qui offrit les caractères du chancre simple. Deux mois après, aucun accident qu'on pût leur attribuer n'avait paru chez le sujet.

Le second est dû au D^r Huebbenet professeur à Kiew: il est extrait d'un mémoire lu le 20 février 1858 à la Société des médecins de Kiew, et publié trois mois plus tard en France (2).

OBSERVATION XIV.

M. B., soldat du régiment d'infanterie de Nyssi-Nowgorod, âgé de 34 ans, d'un tempérament lymphatique, entra le 24 novembre 1857 à l'hôpital de Kiew, où il est inscrit sous le n° 7, avec des végétations *condylomata acuminata* des Allemands, sur le prépuce, et à l'exception de ce symptôme, il ne présente aucune autre affection. Le malade n'a jamais eu de syphilis. L'excision et la cautérisation furent employées, et dans l'espace de trois semaines, les végétations disparurent complètement.

Le 22 décembre de la même année, M. Milliot, externe de l'hôpital et assistant à ma clinique, fit sous mes yeux au malade une inoculation sur la face, immédiatement sous l'arcade zygomatique gauche, à peu près à 1 centimètre et demi de la commissure labiale gauche, avec le pus d'un ulcère vénérien d'un malade S..., dont la virulence avait été constatée d'avance par une autre inoculation.

L'endroit inoculé a été mis sous un verre de montre. Le jour suivant, apparut une petite papule rouge qui se développa et se transforma en une pustule, et qui à son tour, au bout de 10 jours (le 4^{er} janvier 1858) mit à nu un *ulcère à fond lardacé, et sans la moindre induration*. Cet ulcère a passé sous le doigt de la plus grande partie de mes élèves (à peu près 150) et l'absence totale de toute trace d'induration a été parfaitement constatée; au comble du fait, le 2 janvier,

une glande lymphatique de la région parotidienne s'enflamma et passa bientôt à la suppuration, de sorte que nous eûmes un petit bubon qui fut ouvert le 9 janvier par une incision et présenta l'aspect d'un *chancre ganglionnaire*. Le chancre et le bubon ouvert ont été traités de la manière la plus simple : on toucha les deux ulcères, avec le nitrate d'argent, puis on fit un pansement avec l'infusion de camomille. A la suite de ce traitement, le chancre se cicatrisa le 22 et le bubon le 29 janvier.

Les quatre faits qui suivent sont dus à M. Bassereau, et ont été consignés dans la thèse de M. Buzenet (1).

OBSERVATION XV.

Un coiffeur venait de constater sur son prépuce trois chancres mous. On lui inocule le 6 juillet 1855 le pus de l'un d'eux sur le bord de la lèvre inférieure.

Le 14, il y a là un ulcère qui le 16 s'est encore agrandi, accompagné d'adénite sous-maxillaire douloureuse; l'ulcère est tout à fait ressemblant à ceux du prépuce. — On inocule le pus de l'ulcère de la lèvre au bras gauche; trois jours après il y a au dernier point une petite ulcération taillée à pic, que l'on cautérise.

Les chancres du prépuce sont cicatrisés le 6 août; celui de la lèvre le 16. — Pas d'induration. — Le malade, revu en 1856, n'a eu aucun accident constitutionnel.

OBSERVATION XVI.

Un clerc d'huissier se présente avec la fille qui lui a donné un chancre mou du frein; on trouve sur elle un chancre mou de la fourchette.

Le 7 juillet 1853, inoculation du chancre du frein à tous les deux, sur la commissure droite des lèvres. — Elle réussit chez tous deux. Le chancre de la bouche chez la fille est très-douloureux, s'accompagne d'adénite inflammatoire du côté droit. Ce chancre est cicatrisé le 2 août. Pas d'induration locale ni d'accidents constitutionnels ultérieurement.

§OBSERVATION XVII.

Un typographe vient avec une ouvrière. Il a un chancre du limbe; elle en a deux, l'un au méat, l'autre sous le clitoris. Tous ces chancres sont mous.

(1) Buzenet. Du chancre de la bouche, 1858.

Inoculation le 10 janvier 1856 du pus de la malade, à elle et au jeune homme, sur la lèvre inférieure. — Le jeune homme porte depuis quelque temps une gerçure saignante sur la lèvre; on y dépose simplement un peu de pus. Quant à la jeune fille, elle est inoculée à la face interne de la lèvre.

Le 14, les chancres labiaux chez les deux sujets sont déjà manifestes : ils continuent leur marche et sont cicatrisés le 20 février, sans induration. — Pas d'acidités constitutionnels dans le cours de l'année.

OBSERVATION XVIII.

Un garçon de 26 ans, porte quatre chancres mous du reflet préputial; inoculation le 26 juin 1856, de leur pus à la face interne de la lèvre inférieure, à l'angle gengivo-labial.

Le 28, l'ulcération est déjà très apparente. — Elle suit son cours, empiète et s'étend sur la gencive, détruit toute la portion de cette membrane qui recouvre les incisives, puis entre, le 6 août, en réparation pour être cicatrisée le 20 du même mois.

La même année, M. Puche et son interne M. Nadau-des-Islets, se livraient à de nombreuses expériences d'inoculations artificielles du chancre simple sur la région céphalique et ce dernier les consignait dans sa thèse inaugurale (1). Ces expériences sont de deux sortes. Dans les premières, qui sont dues à M. Nadau, on a inoculé des individus déjà syphilitisés, deux fois avec le pus de chancres simples fourni par le sujet inoculé et trois fois avec le pus de chancres simples pris à une source étrangère. Dans les secondes, entreprises par M. Puche, parce qu'il a trouvé, dans sa longue expérience et dans une véritable conviction morale, la hardiesse nécessaire pour en accepter la responsabilité, on a inoculé quatorze fois des individus vierges de syphilis avec le pus de chancres mous, recueilli sur eux-mêmes.

Les 5 inoculations de M. Nadau ont été faites à la région sous-mentonnière. Parmi les 14 inoculations de M. Puche, 8 ont été faites à la région sous-mentonnière, 5 à la région mastoïdienne et 1 à la région sincipitale. Toutes ont donné des résultats positifs.

(1) Nadau-des-Islets. De l'inoculation du chancre simple à la région céphalique, 1858.

Nous avons crû utile de résumer aussi succinctement que possible ces 19 faits qui à eux seuls occupent presque toute la thèse, pourtant volumineuse, de M. Nadau.

Inoculations sur un sujet déjà syphilitique avec le pus d'un chancre mou fourni par le sujet inoculé.

OBSERVATION XIX.

J... C..., 28 ans. — *Antécédents.* Un chancre induré il y a deux ans à la suite duquel se seraient développés des boutons aux jambes et des taches brunâtres ardoisées sur le corps, dix mois après la contagion.

Actuellement, 22 juillet. 2 chancres mous de la rainure balanoposthique à gauche en haut, près de ligne médiane.

Le 23. Inoculation au flanc droit et à la région sous-mentonnaire.

Le 25. Résultat positif au menton et au flanc. Pustules d'ecthyma avec aréole inflammatoire.

Le 27. Les deux pustules se sont déchirées, à leur place se trouvent 2 croûtes qui, enlevées, laissent voir deux ulcérations présentant tous les caractères du chancre mou: bords taillés à pic, renversés, décollés, aréole rouge, fond grisâtre, sécrétion purulente abondante.

Nouvelle inoculation du flanc gauche avec le pus du chancre du menton.

Le 29, vésico-pustule du flanc gauche; chancre simple.

OBSERVATION XX.

R... P..., 26 ans. *Antécédents.* Large chancre parcheminé sur la muqueuse préputiale en novembre 1857, 2 uréthrites.

Actuellement, 30 juin 1858. Chancre mou bien caractérisé, situé à la partie supérieure de la muqueuse préputiale, à gauche près de la base du gland; adénite inflammatoire volumineuse à gauche.

Inoculation à la région mastoïdienne droite.

1^{er} Juillet. Résultat positif: vésico-pustule, chancre simple.

Le 15. L'adénite ouverte et inoculée au flanc a donné un ulcère simple.

Inoculations sur un sujet syphilitique avec le pus d'un chancre simple pris d'une source étrangère.

OBSERVATION XXI.

G... S. B..., 21 ans. — *Antécédents.* Uréthrite en janvier 1857.

Actuellement, 9 juillet. — 2 chancres indurés, occupant la rainure balanoposthique; adénopathie bi-inguinale.

Inoculation du chancre infectant. Résultat négatif.

Le 16. Inoculation à la région sous-mentonnière et au flanc avec du pus de chancre simple, emprunté à un autre sujet. Résultat positif.

Le 18. Pustules d'ecthyma ayant succédé aux deux inoculations; déchirées, elle laissent voir deux ulcérations spécifiques avec tous les caractères du chancre simple.

OBSERVATION XXII.

J... J..., 24 ans. *Antécédents*. Uréthrite en juillet 1856; chancre mou en janvier 1857.

Actuellement, 8 juillet 1857. Large chancre induré du frein.

Inoculation sur le menton. Résultat négatif.

Le 16. Inoculation à la région sous-mentonnière et au flanc droit avec du pus de chancre mou emprunté à un autre sujet.

Le 17. Pustules ecthymateuses au flanc et au menton.

Le 18. Aux pustules ont succédé deux ulcérations spécifiques avec tous les caractères du chancre mou.

Le 25. Nouvelle inoculation au flanc gauche avec le pus du menton.

Le 27. Pustule d'ecthyma, caractéristique, qui, déchirée, laisse voir une ulcération spécifique.

OBSERVATION XXIII.

A... G..., 20 ans. *Antécédents*: nuls.

Actuellement, 11 juillet. Chancre induré, situé à la rainure balanopréputiale à droite.

Inoculation à la région sous-mentonnière et au flanc droit avec le pus du chancre mou pris ailleurs.

Le 18. Insuccès à l'inoculation du flanc. — Celle du menton a donné la pustule ecthymateuse caractéristique.

Le 20. A la pustule a succédé une ulcération spécifique. Engorgement sous-maxillaire.

Inoculations sur des sujets vierges de syphilis avec le pus pris sur eux-mêmes à la région sous-mentonnière.

OBSERVATION XXIV.

W... D..., 41 ans. *Antécédents*. Chancre simple et adénite suppurée en 1855. Uréthrite il y a deux mois.

Actuellement, 11 juillet. Plusieurs chancres situés sur la muqueuse préputiale et sur la peau du prépuce et sur la peau du scrotum près du pli péno-scrotal.

Inoculation à la région sous-mentonnière avec le pus du chancre de la muqueuse préputiale.

Le 12. Vésico-pustule, à laquelle succède le lendemain une croûte.

Le 14. Ulcération spécifique avec retentissement sur les ganglions sous-maxillaires.

Le 15. Inoculation des chancres du fourreau sur le flanc gauche.

Le 16. Cette inoculation est entourée d'une aréole rouge, mais il n'y a pas encore de vésico-pustule.

Le 18. Inoculation du flanc droit avec le pus de l'ulcération du menton.

Pustule ecthymateuse ayant succédé à l'inoculation du flanc gauche.

Le 20. L'inoculation du flanc droit a donné une vésico-pustule caractéristique.

OBSERVATION XXV.

V. J. B... 24 ans. — *Antécédents* : nuls.

Actuellement, 15 juillet. Deux chancres mous situés, l'un sur le frein qu'il a détruit en partie, l'autre sur la muqueuse préputiale, à gauche et en bas.

Inoculation du pus du chancre du prépuce sur le flanc droit.

Le 16. Vésico-pustule sur le flanc droit.

Inoculation du pus du frein à la région sous-mentonnière.

Le 18. Le flanc inocué offre une ulcération spécifique.

Celle du menton a donné une pustule, on la déchire et on inocule de son pus au flanc gauche.

Le 20. Résultat positif au flanc gauche, vésico-pustule.

Le 23. Développement complet du chancre du menton avec engorgement sous-maxillaire, et de celui du flanc gauche.

OBSERVATION XXVI.

S. P. 21 ans. — *Antécédents* : nuls.

Actuellement, 25 juillet. Chancre mou de la couronne du gland.

Inoculation au flanc droit et à la région sous mentonnière.

Le 27. Vésico-pustule de deux inoculations.

Le 29. Ulcérations spécifiques aux caractères du chancre mou.

1^{er} août. Les deux chancres marchent; celui du menton avec engorgement sous-maxillaire.

OBSERVATION XXVII.

S. P. 20 ans. — *Antécédents*: nuls.

Actuellement, 25 juillet. Cinq chancres mous folliculaires à gauche de la rainure balano-préputiale.

Inoculation du flanc droit et de la région sous-mentonnaire.

Le 27. Résultat positif; 2 pustules ecthymateuses.

Le 28. Ulcération caractéristique.

OBSERVATION XXVIII.

L. A. 28 ans. — *Antécédents*: nuls.

Actuellement, 25 juillet. Chancre mou dans la rainure balano-préputiale à gauche près du frein. Phimosis.

Inoculation au flanc droit et à la région sous-mentonnaire.

Le 27. Deux pustules ecthymateuses.

Le 29. Croûtes qui, enlevées, laissent voir deux chancres mous.

OBSERVATION XXIX.

C. L. 19 ans. — *Antécédents*: nuls.

Actuellement, 29 juillet. Quatre chancres mous folliculaires sur le limbe; bubon fluctuant. On ouvre le bubon.

Inoculation du pus du chancre au flanc droit et au menton.

Le 31. Pustule ecthymateuse.

Inoculation du pus du bubon au flanc gauche.

1^{er} août. Aux deux pustules ont succédé deux ulcérations caractéristiques.

Le 3. Développement du chancre du menton avec engorgement sous-maxillaire.

L'inoculation du pus du bubon est positive.

OBSERVATION XXX.

B. J., 23 ans. — *Antécédents*: une uréthrite, trois chancres mous en 1856.

Actuellement, 8 août. Chancre mou sur la muqueuse du prépuce. Adénite droite. Fluctuation.

Inoculation au flanc et au menton.

Le 10. Pustule double.

Le 12. Ulcération caractéristique.

Le 13. Engorgement sous-maxillaire mono-ganglionnaire, douloureux à droite.

OBSERVATION XXXI.

R. A. 17 ans. — *Antécédents*: nuls.

Actuellement, 12 août. Chancre mou de la rainure balanopréputiale, à droite et en haut; adénite inflammatoire.

Inoculation au flanc droit et au menton.

Le 15. Pustules ecthymateuses au flanc et au menton.

Le 17. Ulcération spécifique, avec adénopathie sous-maxillaire des deux côtés.

Inoculations de la région mastoïdienne sur des individus atteints de syphilis avec du pus pris sur eux-mêmes.

OBSERVATION XXXII.

A... G..., 44 ans. *Antécédents*: 3 uréthrites il y a vingt ans.

Actuellement, 12 août. Petits chancres mous de la rainure balanopréputiale en haut, à droite et à gauche de la ligne médiane.

Inoculation au flanc droit et à la région mastoïdienne.

Le 13. Vésico-pustule aux deux endroits.

Le 14. Croûtes qui, enlevées, découvrent deux ulcères caractéristiques.

OBSERVATION XXXIII.

G... P..., 32 ans. *Antécédents*: 1 uréthrite.

Actuellement, 12 août. 4 petits chancres mous, dont 3 sur la muqueuse préputiale à gauche et 1 sur le frein.

Inoculation au flanc et à la région mastoïdienne avec le pus du chancre du frein.

Le 13. Deux vésico-pustules.

Le 15. Ulcération présentant tous les caractères du chancre mou.

OBSERVATION XXXIV.

A... L..., 25 ans. *Antécédents*: 2 uréthrites en 1856 et 1857.

Actuellement, 10 juillet. Chancre mou de la muqueuse préputiale. adénite inguinale suppurée.

Inoculation du pus du chancre à la région mastoïdienne droite, et du pus de l'adénite à la région mastoïdienne gauche.

13 juillet. Pustules. 23 ulcérations spécifiques.

Le 23. Inoculation du pus du chancre mastoïdien droit au flanc droit.

Le 31. Pustule spécifique du flanc.

OBSERVATION XXXV.

R... H..., 19 ans. *Antécédents* : nuls.

Actuellement, 17 juillet. 4 chancres mous, 1 sur le frein qui est presque détruit, 2 sur la muqueuse préputiale à droite, 1 sur la rainure balano-préputiale; adénite gauche suppurée.

Inoculation à la région mastoïdienne droite avec le pus de l'adénite.

Le 20. Vésico-pustule. 23. Ulcères caractéristiques.

Le 24. Inoculation du flanc droit avec le pus de la rainure balano-préputiale.

30. Pustules. 1^{er} août, ulcération spécifique.

OBSERVATION XXXVI.

V... J..., 54 ans. *Antécédents* : 2 uréthrites en 1845 et 1857.

Actuellement, 17 juillet. Chancre mou de la partie moyenne du fourreau, adénite suppurée.

Inoculation du pus du chancre à la région mastoïdienne droite et au flanc droit.

Le 18. 2 vésico-pustules.

Le 20. 2 ulcérations spécifiques.

Le 29. 2 inoculations au flanc gauche avec le pus de l'ulcération de la région mastoïdienne.

30. Pustules. 3 août. Ulcération spécifique.

Inoculation de la région sincipitale chez un sujet vierge de syphilis avec le pus d'un chancre simple pris sur lui-même.

OBSERVATION XXXVII.

M... H..., 18 ans. *Antécédents* : nuls.

Actuellement. 30 juin. Chancre mou de la rainure balano-préputiale.

Inoculation à la région sincipitale.

2 juillet Vésico-pustule qui, déchirée, laisse voir une ulcération caractéristique.

Le 5. Inoculation au flanc droit du pus de l'ulcération du sommet de la tête.

Le 6. Vésico-pustule.

Le 9. Ulcération caractéristique.

Il semblait qu'après ces nombreuses expériences si concluantes, de nouvelles fussent inutiles. Cependant en 1861, le savant syphiliographe marseillais, le regretté Melchior Robert (1), crut devoir à son tour faire des expériences. Il les fit au nombre de trois et leurs résultats furent aussi positifs et concluants que ceux de ses prédécesseurs. De ces trois expériences, une seule, la première, a été faite par le procédé d'inoculation, et les deux autres par contamination au moyen de charpie maintenue à la surface de deux ulcérations cancéreuses, siégeant l'une sur le nez, l'autre sur la lèvre inférieure.

Voici le résumé de ces trois observations :

OBSERVATION XXXVIII.

Il s'agit d'un malade atteint d'iritis syphilitique double pendant le cours d'une syphilis constitutionnelle, chez lequel, pour établir une dérivation, nous inoculâmes sur chaque tempe, non loin des angles orbitaires externes, du pus du chancre simple; tous les phénomènes propres à l'inoculation artificielle se manifestèrent, papule, pustule enflammée, ulcération engorgée de la base, chancre en emporte-pièce soumis aux périodes de progrès, de *statu quo* et de réparation; pas d'adénite. Durée un mois et quelques jours; cicatrisation accompagnée d'une coloration brunâtre, durée sous-cicatricielle ayant persisté une dizaine de jours après la guérison. Notons en passant les effets salutaires produits sur l'iritis par la présence de ces exutoires virulents.

OBSERVATION XXXIX.

Le malade porte depuis un an à la lèvre inférieure un cancroïde dont le surface est irrégulière et anfractueuse; des douleurs lancinantes s'y font sentir. De temps à autre, il y a très-peu de suppuration, pas de trace d'engorgement sous-maxillaire.

Au commencement de septembre 1858, nous pansons la partie atteinte de cancroïde avec des plumasseaux de charpie qui ont séjourné toute une nuit sur un chancre simple en période de progrès; répété quatre jours, ce mode de pansement transforme le cancroïde en plaie chancreuse. Elle devient alors grisâtre et suppure

(1) Melchior Robert, *Nouv. Trait. des mal. vénér.* Paris, 1861.
Labarthe.

abondamment; sa surface se creuse en certains endroits et quelques-uns de ses bourgeons exubérants disparaissent.

13 septembre. Nous inoculons le pus de la lèvre à la cuisse du malade.

Le 15. L'inoculation a déterminé une pustule rouge et enflammée, le chancre labial continue à suppurer abondamment et occasionne d'assez vives cuissons au malade. Il n'y a pas de trace d'adénite.

Du 1^{er} au 15 octobre, la plaie semble perdre de ses caractères chancreux, ses bords présentent un liseré cendré qui nous fait espérer un instant la cicatrice; mais, dans le courant du mois de décembre, les caractères du cancroïde reviennent, l'aspect fongueux et violacé reparait, l'ulcération cancéreuse a de nouveau repris le dessus, et notre tentative a complètement échoué.

OBSERVATION XL.

Madame J... est atteinte de deux ulcères cancéreux du nez : un de la dimension d'une pièce de un franc, au-dessus de la narine gauche; l'autre, plus petit, au point correspondant à droite, qui ont débuté, il y a dix-huit mois, par un bouton prurigineux. Leur surface est sèche, grisâtre; leur bord est très-dur et saillant; il n'y a pas de ganglion engorgé dans les régions auriculaire et sous-maxillaire.

14 octobre. Nous pansons l'ulcère le plus étendu, avec un plumasseau de charpie imbibé de pus pris sur un chancre d'inoculation récente pratiquée sur un malade atteint de syphilis; ce chancre avait pour origine une ulcération simple.

Le 16. L'ulcération contaminée suppure abondamment et présente de la rougeur à son pourtour, l'autre est toujours sèche.

Du 16 au 25. L'inflammation périphérique a augmenté, l'ulcération s'est élargie, son fond est grisâtre, ses bords déchiquetés sont décollés, la suppuration est toujours très-abondante, la malade ressent de la chaleur et une cuisson assez vive. Pas d'engorgement ganglionnaire.

1^{er} novembre. Nouveau progrès de l'ulcération qui est manifestement transformée en chancre.

Le 15. Affaissement des bords, diminution de l'aurole inflammatoire, tendance au bourgeonnement.

Le 25. Affaissement des bords prononcé, liseré cendré, indice de la cicatrisation, sur les bords de la plaie.

Le 30. Progrès de la cicatrisation, bourgeonnement rosé du fond.

15 décembre. La plaie inoculée et cicatrisée à moitié, je prescri-

des pansements au vin. Pas de signe d'adénite, aucun signe d'infection.

Le 27. Guérison complète de l'ulcère cancéreux par une cicatrice cendrée. Guérison de la petite ulcération située à l'aile droite du nez. Aucun signe d'infection.

Les pansements n'ont consisté, au début, qu'en des applications de diachylon, et à la fin en des lotions aromatiques.

Mais, demande-t-on, comment se fait-il que l'on observe si rarement le chancre simple par contagion sur la région céphalique, alors que le virus de ce chancre possède une si grande facilité de germination, rendue patente par des inoculations artificielles et par le simple dépôt d'une petite quantité de pus virulent sur de petites érosions ?

Diverses explications ont été fournies par les auteurs.

Avant les expériences si concluantes de MM. Buzenet, Bassereau et Nadau-des-Islets, quelques syphiliographes avaient dit : Si le chancre simple ne se rencontre jamais sur la face, c'est qu'il ne s'y développe qu'en s'y transformant, c'est-à-dire en y prenant les caractères du chancre infectant. Nous ne saurions aujourd'hui admettre cette raison qui est absolument contraire à tous les faits cliniques et expérimentaux.

Dans son excellente thèse, M. Buzenet (1), inspiré par M. Bassereau, a donné trois raisons pour rendre compte de l'extrême rareté des chancres simples de la face. « La première, dit-il, semble inhérente aux symptômes mêmes avec lesquels se présente le chancre à base molle. On ne saurait nier, en effet, qu'en général, cette ulcération, le plus souvent multiple, douloureuse, inflammatoire, s'accompagne d'une abondante sécrétion de pus, souvent encore de retentissement inflammatoire et même de suppuration des ganglions voisins. Or, si l'on vient à examiner quelle est la manière la plus fréquente dont se contractent les accidents qui ont la face pour siège, on comprend que ceux qui sont atteints de

(1) Buzenet, *loco citato*.

chancres mous *s'exposent rarement à les communiquer* ; car avec un tel cortège de symptômes, leur maladie ne saurait passer inaperçue. La variété infectante est, au contraire, à peu près indolente dans la grande majorité des cas ; elle marche à froid, et se présente sous la forme d'une petite ulcération lisse, vernissée, inquiétant peu les malades qui ne voient là qu'une petite écorchure, ou parfois même éveillant si peu leur attention, qu'ils n'en soupçonnent pas l'existence. » La seconde, c'est que les malades, honteux de leur mésaventure, ne viennent réclamer les secours du médecin que très-tard. Enfin la troisième raison, c'est que le chancre simple céphalique, parcourant ses périodes dans un laps de temps assez court, et se cicatrisant en quelques jours, le malade n'a pas le temps de le constater.

De ces trois raisons, la première seule nous semble réellement valable et bonne. Quant à la seconde, on peut répondre à M. Buzenet que, s'il a vu des malades honteux ne venir que très-tard réclamer les soins du médecin, il arrive bien plus souvent que les malades courent, au contraire, en toute hâte chez le médecin, lorsqu'ils aperçoivent, sur leurs lèvres ou leur langue, la moindre ulcération, sur la nature de laquelle ils ne sont pas parfaitement édifiés. Pour ce qui est de la troisième, tout en admettant que le chancre céphalique a une durée bien moins grande que les chancres génitaux, nous dirons cependant, en nous fondant sur les faits cités plus haut, et dont la plupart sont dus à M. Buzenet lui-même, que, dans beaucoup de cas, les chancres céphaliques ont duré 14, 16, 20 jours et même plus ! Comment admettre que des ulcérations qui ont une durée pareille, et qui, d'après Bassereau, sont souvent accompagnées d'adénopathies douloureuses, puissent passer inaperçues du malade ou du médecin ?

D'après M. Fournier (1) et Diday (2), l'absence du chan-

(1) Fournier, loc. cit.

(2) Diday. Nouvelles doctrines sur la syphilis, 1858.

cre mou à la face est dû à une sorte d'immunité locale de la région contre la variété molle de l'ulcère vénérien primitif, immunité non pas absolue, mais relative, c'est-à-dire ne consistant qu'en une certaine inaptitude des tissus à se laisser affecter par le virus du chancre simple. Nous regrettons de ne pouvoir accepter cette raison ; mais, tout en reconnaissant avec ces deux praticiens, fort distingués d'ailleurs, que le chancre simple se développe mieux sur tel ou tel tissu, nous ne pouvons, après les expériences citées plus haut, admettre que la région céphalique soit inapte à produire le chancre simple.

« Si la tête peut recevoir le chancre simple, a dit de son côté M. Nadau (1), elle n'en est pas moins un terrain mal approprié à son développement. » Ce fait, mentionné déjà par Diday et Fournier, découle de la lecture même des observations publiées par M. Nadau dans sa thèse. Nous y voyons, en effet : 1^o que le chancre simple céphalique produit par l'inoculation artificielle a toujours eu une courte durée ; 2^o qu'il a guéri bien plus vite que le chancre développé par l'inoculation artificielle au flanc ; 3^o enfin, que ce dernier a guéri lui-même en moins de temps que le chancre génital de contagion, qui avait fourni le pus pour les inoculations, mais beaucoup plus tard cependant que le chancre céphalique. Sans rejeter cette raison d'une manière absolue, nous nous permettrons cependant de la trouver bien insuffisante pour expliquer la rareté du chancre simple céphalique.

En résumé, nous dirons que M. Buzenet est le seul à avoir indiqué les véritables raisons qui font qu'on rencontre très-rarement le chancre simple à la région céphalique. Ces raisons ont été résumées d'une façon très-nette et très-concise par M. Basset (2) de Lyon, dans les quelques lignes suivantes, par lesquelles nous terminerons ce chapitre :

(1) Nadau, loc. cit.

(2) Basset. De la simultanéité des maladies vénériennes (thèse de Paris). 1860.

« Il est rare, dit-il, que les chancres simples de la verge puissent passer inaperçus dans les rapports *ab ore*, et, règle générale, alors, l'organe est suffisamment laissé de côté par la femme pour lui faire éviter un chancre simple céphalique; n'ayant pas de chancre simple aux lèvres, elle ne peut en donner dans les rapports anormaux.

« Veut-on que je renverse la proposition et que je discute la réciproque? Je dirai que, de la part de l'homme, les rapports *ab ore* sont rares et accomplis, règle générale, avec des femmes relativement saines; de plus, que le sujet atteint de chancre simple céphalique aurait bien de la peine à le communiquer, en temps que chancre céphalique, cette lésion ne pouvant se dissimuler comme une plaque muqueuse. »

CHAPITRE V

Pathogénie du chancre simple.

Nous considérerons, dans l'évolution du chancre simple, quatre périodes parfaitement distinctes : 1° la période de début ; 2° la période de progrès ; 3° la période d'état ; 4° la période de réparation et de terminaison.

Mais, avant d'étudier le chancre dans chacune de ces périodes, ce qui serait difficile dans la période de début, vu que rarement les malades viennent voir le médecin lorsque le mal n'est encore que là, nous allons profiter de l'avantage que nous offre un mode d'investigation très-commode, introduit dans l'étude des maladies vénériennes par J. Hunter, et vulgarisé par notre vénéré maître Ricord. Ce mode d'investigation qui nous permet de produire le chancre simple à volonté et, par conséquent, de l'étudier dès son début, c'est l'inoculation.

Voyons donc ce qu'on observe aussitôt après l'inoculation sous l'épiderme, au moyen d'une épingle chargée du pus virulent d'un chancre simple.

Nous laissons la parole au maître :

« D'abord, dit Ricord (1) les phénomènes vont être immédiats, et le travail morbide s'établit à dater du moment où l'agent spécifique est mis en contact avec les tissus.

Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué commence par rougir et s'entourer d'une légère *auréole* inflammatoire ; du deuxième au troisième jour, il se tuméfie, tandis que l'auréole s'élargit, et bientôt on voit naître une *pa-*

(1) Ricord, loc. cit.

pule. Au sommet de cette papule, vers le troisième ou le quatrième jour, l'épiderme se soulève; une petite *vésicule* apparaît, pleine de sérosité; elle s'accroît; son liquide se trouble, devient purulent et une véritable pustule lui succède du quatrième au cinquième jour. Cette pustule s'ombilique à son centre; puis, après un certain temps, elle s'affaisse et s'aplatit. Alors, de deux choses l'une : ou bien la pustule se rompt, en laissant à découvert une ulcération d'égale étendue qui constitue le véritable *chancre*; ou bien elle reste intacte, se dessèche sur place et se recouvre d'une croûte brunâtre, qui peut s'accroître avec l'ulcération qu'elle recouvre. A ce moment, si vous soulevez cette croûte, vous trouveriez en dessous l'ulcération spécifique dont je viens de vous parler.

Eh bien, supposons l'ulcération découverte, et voyons quels en sont les caractères.

Pour le chancre simple, c'est une ulcération qui se présente avec un aspect tout spécial et sous une forme qui lui est propre. Sa circonférence est régulièrement *arrondie*, pourvu toutefois que la pustule se soit développée sur des tissus homogènes. Ses bords sont *nettement taillés*, comme la perte de substance avait été produite par un emporte-pièce; ils sont de plus un peu renversés en dehors et légèrement décollés. A la loupe, on peut constater qu'ils offrent de légères dentelures. Le fond de l'ulcère, le plus souvent irrégulier, comme vermoulu, présente en général une coloration légèrement *grisâtre*; il semble recouvert d'une matière lardacée, sorte de *pseudo-membrane* très-adhérente qu'on ne peut détacher par le lavage. La base sur laquelle repose l'ulcère est en général quelque peu épaissie et engorgée; elle est circonscrite par une auréole de coloration rouge, quelquefois violacée, plus ou moins étendue en dehors de la circonférence de l'ulcération.

Cet ulcère s'agrandit et s'étend. Il sécrète un pus en général mal lié, séreux, roussâtre, chargé de détritux organiques; quelquefois cependant crémeux, épais et véritable-

ment phlegmoneux : pus assez analogue, par ses caractères extérieurs, à la sécrétion des plaies ordinaires, mais pus *spécifique* par le virus qu'il tient en suspension.

Après avoir progressé un certain temps, l'ulcération peut rester stationnaire. C'est la période du *statu quo* spécifique, pendant laquelle le pus sécrété conserve les caractères du pus virulent.

Puis, sous la seule influence de la nature, ou par les secours de l'art, un travail de cicatrisation s'établit. Le fond de l'ulcère se déterge et prend une coloration rosée, analogue à celle des plaies qui bourgeonnent; les bords s'affaissent; l'auréole disparaît; l'engorgement de la base diminue. La cicatrisation envahit la circonférence de la plaie, puis s'étend vers le centre et finit par se compléter.

A cette dernière période, *la spécificité est éteinte*, le pus sécrété n'est plus que l'analogue du pus des plaies simples. Il a perdu toute propriété virulente. »

On peut voir, d'après cette longue citation que le chancre simple d'inoculation est un accident *pustuleux*. C'est une pustule ecchymateuse qui recouvre une ulcération, à tendance destructive et à pus contagieux spécifique, et rien de plus.

Symptomatologie. — Nous venons de voir la marche du chancre simple d'inoculation, nous allons étudier maintenant celle du chancre simple développé par contagion.

Disons tout d'abord qu'elle est absolument semblable, ainsi que nous allons le constater.

PÉRIODE DE DÉBUT. — Le chancre simple étant, comme nous l'avons dit, au commencement de ce travail, une affection purement locale, n'a pas d'incubation. Il se développe immédiatement après le coït contagieux, comme après l'inoculation artificielle. Dès que le pus virulent qu'il sécrète se trouve en contact avec un point quelconque de la surface

cutanée ou des membranes muqueuses dépourvues d'épiderme ou d'épithélium, son action morbide commence. Les circonstances qui déterminent cette dénudation de la peau ou de la muqueuse sont, le plus souvent, de petites écorchures, des éraillures à peine perceptibles, produites, dans la plupart des cas, par le simple frottement du coït. Une vésicule herpétique, psorique, eczémateuse, une pustule d'acné ou d'impétigo, une végétation préexistante, peuvent aussi la déterminer.

Quelques auteurs, que l'on peut classer en deux catégories, ont prétendu, à tort, que le chancre simple a une incubation. Les uns, se fondant sur des observations de faits, dans lesquels le pus virulent avait été déposé sur un tégument sain, et dans lesquels, par conséquent, la pustule ne s'était montrée que 7, 8, 9 ou même 10 jours après le coït, ont admis une période d'incubation de 7, 8, 9, et même 10 jours. Nous leur répondrons avec Ricord que lorsque le pus virulent est déposé sur un tégument sain, il ne se développe pas une inoculation immédiate; il faut que le pus se fasse d'abord une voie, s'ouvre une tranchée, en corrodant, en détruisant l'épiderme, après quoi, seulement, il exerce son action spécifique. Or, ce travail préparatoire demande évidemment un certain temps pour s'accomplir et retarde d'autant l'éclosion du chancre. De là, comme conséquence, une *incubation apparente*, laquelle n'est, en réalité, qu'un stade d'élaboration insensible et de silence actif de la maladie.

Les autres, déclarant que le chancre n'a commencé à exister qu'à partir de l'apparition de l'ulcération spécifique, ont considéré, comme période d'incubation, tout le temps qui s'écoule entre l'inoculation et le moment où se montre l'ulcération. Ces auteurs sont dans l'erreur en raisonnant ainsi, car ils prennent pour le début du chancre un symptôme qui n'est pas le premier. Le chancre, en effet, date du moment même de l'apparition de la rougeur érythémateuse qui se montre presque aussitôt après le coït.

Le chancre d'inoculation, avons-nous dit, débute par une vésico-pustule. Le chancre de contagion débute de même; et si quelques auteurs l'on nié, c'est qu'il est excessivement rare de rencontrer le chancre à son début. A cette période, en effet, le malade ne s'en est pas encore aperçu, ou s'il a vu cette petite pustule, il n'en soupçonne pas la nature vénérienne. La preuve de cette identité dans le début des deux chancres, en est dans les deux observations suivantes, d'individus chez lesquels, grâce à des circonstances particulières, on put observer le début du chancre.

Nous empruntons la première à M. Clerc.

OBSERVATION XLI.

« En décembre 1858, un jeune homme atteint d'une blennorrhagie, depuis deux jours seulement, se présenta à notre consultation particulière. — Nous remarquâmes sur la muqueuse préputiale, dans le sillon glando-préputial, du côté droit, une tache rouge, c'est-à-dire un *érythème* partiel de la muqueuse, de l'étendue d'une lentille environ. Il n'existait alors sur ce point ni érosion, ni altération appréciable de l'épithélium. — Deux jours après, nous constatons dans cet endroit l'existence d'un chancroïde.

Il est pour nous de toute évidence que l'érythème des jours précédents, n'était autre chose que le début *réel*, c'est-à-dire la période initiale, du chancroïde de ce malade. »

La seconde observation nous est personnelle.

OBSERVATION XLII.

Le 17 juillet 1871, se présente à nous M. J. L..., étudiant en droit, se plaignant de vives démangeaisons aux parties génitales, surtout sur le pubis et le scrotum; examen fait, nous constatons que ce monsieur est tout simplement atteint d'une affection parasitaire. Les parties génitales sont envahies par une légion de morpions.

Questionné sur l'endroit où il supposait avoir pris ces petites bêtes, M. L... nous déclare avoir couché chez une vierge folle dans la nuit du 15 au 16, et selon lui, ce n'est qu'elle qui peut lui avoir fait ce beau cadeau. Il ajoute que son coït antérieur remonte à deux mois.

Nous lui prescrivons de se frictionner en se couchant avec de l'onguent gris, de prendre un bain alcalin le lendemain matin et de venir nous voir ensuite.

Le 18. Le malade revient, nous l'examinons : plus d'insectes. Mais en ramenant son prépuce en arrière, nous apercevons au niveau du frein, du côté gauche, une *rougeur érythémateuse* de la largeur d'un pois, et à son centre une *papule*. Soupçonnant un chancre naissant, nous faisons part de nos soupçons au malade, qui promet de revenir deux jours plus tard.

Le 20. Exact au rendez-vous, le malade se présente de nouveau à notre examen, et nous découvrons une *pustule ombiliquée* à son centre.

Le 22. La pustule est déchirée, et nous pouvons constater l'ulcération simple spécifique parfaitement caractérisée; nous avons bien assisté à la période de début d'un chancre simple.

Un pansement exclusif avec la poudre d'iodoforme amène la guérison rapide du malade, qui voit son chancre complètement cicatrisé le 4 août, sans avoir eu aucune complication.

Le chancre simple n'a donc pas d'incubation. Il débute, dans l'immense majorité des cas par une pustule ecthymateuse. On peut cependant observer des chancres débutant sous une autre forme, sans pustule et *d'emblée* : c'est lorsque le pus virulent a été déposé sur une surface dénudée, sur une fissure, une écorchure, une plaie en un mot. Il est évident que dans ces cas la pustule initiale est physiquement impossible.

2^e PÉRIODE DE PROGRÈS. — Que la maladie ait débuté par une pustule ecthymateuse ou par une excoriation, elle aboutit toujours à une ulcération spécifique qui constitue le chancre simple. Cette ulcération qui apparaît vers le cinquième jour, progresse dans les premiers jours d'une manière rapide et continue; elle s'agrandit, en conservant la forme arrondie, et se creuse en même temps. Dès le premier septénaire, elle atteint le diamètre d'une lentille; dans le second elle prend les dimensions d'une pièce de vingt centimes ou de cinquante centimes. Rarement elle dépasse cette

limite ; toutefois, on a observé des chancres qui atteignaient la proportion formidable d'une pièce de cinq francs.

Lorsqu'il est parvenu à son entier développement, le chancre simple se présente à l'œil de l'observateur avec les caractères suivants : *ulcère arrondi, plus ou moins profond, et dont les bords sont taillés à pic comme avec un emporte-pièce, légèrement décollés, à base molle et souple, suppurant abondamment, et occasionnant une douleur assez vive.* Il est bien entendu que ces caractères s'appliquent au chancre développé sur les tissus homogènes. En les étudiant chacun séparément nous verrons que certaines conditions peuvent les modifier.

1° La *forme* du chancre, avons-nous dit, est généralement *arrondie*, principalement dans les premiers jours de son évolution. Toutefois, elle peut subir de nombreuses variations, dues à diverses causes. C'est ainsi que la vieillesse du chancre la modifie, soit par suite de la réunion de plusieurs chancres en un seul, soit par suite du développement du chancre qui se fait de préférence sur les points où il rencontre moins de résistance. Le siège des chancres peut encore modifier leur forme. Ainsi, lorsque ceux-ci s'établissent dans une solution de continuité préalable, et à forme déterminée, comme dans les fissures du prépuce, de la fourchette, de l'anus, etc..., ils sont allongés, linéaires, fissuraires ; lorsqu'ils se développent dans la rainure glando-préputiale, ils sont d'ordinaire elliptiques, et ont leur axe principal dirigé parallèlement à la couronne du gland ; lorsqu'ils prennent naissance dans des replis et des enfoncements, qui permettent aux parties voisines de se toucher, comme dans l'anneau inférieur du prépuce chez les individus affectés de phimosis congénital ou accidentel, ils sont fissuraires ou divisés en deux moitiés adossées comme les feuillets d'un livre, etc.

2° Le *fond* de l'ulcère chancreux est plus ou moins *profond* et d'étendue variable. Il est tapissé, surtout à son centre, d'une sorte de membrane très-adhérente, rugueuse et iné-

gale, de couleur grisâtre, que les auteurs ont comparée les uns à une couenne, les autres à un enduit pultacé, d'autres à une sorte de détritits organiques. Cet aspect diphthérique que prend le fond de la plaie n'est point dû, comme dans la diphthérie, à la production d'une pseudo-membrane fibrineuse blanche, mais bien, comme l'a dit Robin (1), à la mortification qui continue à la surface des tissus dénudés. Le fond de la plaie est donc une eschare dans laquelle l'examen microscopique nous fait découvrir les éléments du derme ou chorion de la muqueuse, dans lesquels les éléments élastiques sont seuls reconnaissables; les éléments du tissu lamineux et des capillaires réduits à l'état de matière amorphe granuleuse, parsemés de globules de pus.

2^o Les *bords* du chancre offrent le même aspect que le fond. Ils sont *taillés à pic* et comme à l'*emporte-pièce*, parce que l'ulcération détruit dans toute leur épaisseur les diverses membranes qu'elle rencontre sur son passage. Ils sont ordinairement *décollés*; cela tient à la résistance inégale qu'offrent à l'ulcération les différents tissus. Or les tissus cellulaires sous-cutanés et sous-muqueux, et, en général, le tissu lamineux, cédant plus facilement que la peau et la muqueuse, on comprend très-bien comment la maladie fait plus de progrès au-dessous de ces dernières membranes qu'à leur surface. Quelquefois, ils sont renversés en dehors et comme enroulés légèrement sur eux-mêmes, ce qui donne alors à la plaie l'aspect un peu infundibuliforme.

Circonscrits par une auréole inflammatoire, rouge plus ou moins foncé, suivant l'intensité de l'inflammation des parties voisines, mais surtout suivant le degré de décollement et d'altération, les bords offrent enfin, à l'œil armé d'une loupe, une série de petites dentelures qui ont quelque chose de caractéristique.

4^o La *base* du chancre simple est *molle* et souple, comme

(1) Robin et Littré. Dict. de méd. et de chir. 12^e édit., 1865.

celle des plaies ordinaires. Ce caractère est si constant, et quelques auteurs lui ont donné une telle importance, que pour eux il est pathognomonique et qu'ils ont appelé le chancre simple : *chancre mou*. Il n'existe pas toujours cependant, et on peut observer quelquefois un épaissement et un engorgement des tissus sur lesquels repose l'ulcère, ou qui l'environnent ; mais cet engorgement n'a jamais l'apparence du disque fibro-plastique induré caractéristique du chancre infectant. Il ne déborde pas d'ulcération ; il est mal circonscrit, et consiste simplement dans une sorte d'empâtement diffus de la base du chancroïde. Jamais il ne précède l'ulcération de la surface du chancre ; il apparaît au contraire tardivement, et diminue et disparaît même avant la cicatrisation de la plaie.

« Lorsque l'on rencontre cette induration spéciale du chancre simple, elle est presque toujours due à l'emploi de certaines substances médicamenteuses spéciales, telles que le nitrate d'argent, la pâte de Vienne, le chlorure de zinc, les acides sulfurique et nitrique, et en général presque tous les escharotiques usuels : le sublimé, le bichromate de potasse, l'alcool et la cendre de tabac, à laquelle le public attribue, à tort, une grande propriété cicatrisante.

5° Le chancre simple fournit une *suppuration abondante*. Le pus, qui est contagieux au plus haut degré, et qui seul communique la maladie, est jaunâtre, mal lié, souvent mêlé de sang, de sanie et de détritits organiques. Il jouit au plus haut degré de la propriété virulente, et a reçu des syphilisateurs le nom de *pus fort*, ce qui veut dire qu'il détermine infailliblement un chancre lorsqu'on l'inocule soit au malade, soit à un autre individu. L'examen microscopique n'y a fait découvrir jusqu'ici aucun parasite, ainsi que l'ont prétendu quelques auteurs.

6° Le chancre est ordinairement assez *douloureux*. Le contact de certains médicaments irritants, tels que le vin aromatique, le tartrate ferrico-potassique ; les ablutions d'eau

froide, les frottements contre les corps étrangers, les érections, provoquent des douleurs assez vives qui s'exaspèrent encore chez certains malades, ceux qui se livrent, par exemple, à des excès alcooliques. Moins douloureux, en général, chez la femme que chez l'homme, le chancre simple acquiert cependant une sensibilité excessive chez la femme, lorsqu'il siège sur certaines parties. C'est ainsi que le chancre du clitoris est excessivement douloureux et rend quelquefois le sommeil impossible, ainsi que l'a observé maintes fois M. Costilles. Viennent ensuite les chancres de l'anus, de la peau qui recouvre les parties voisines de l'appareil génital ; ceux qui siègent sur la muqueuse des grandes lèvres, sur les nymphes ; ceux qui entourent le méat urinaire. Celui de la fourchette, ainsi que celui de l'orifice du vagin, sont à peine sensibles. Chez l'homme, les chancres du frein sont les plus douloureux.

L'observation a démontré que les dimensions et la profondeur des chancres n'ont pas une grande influence sur la douleur qu'ils occasionnent.

3° PÉRIODE D'ÉTAT. — Lorsque le chancre simple a atteint son entier développement, on le voit rester un certain temps stationnaire, sans avoir aucune tendance à s'étendre, non plus qu'à se limiter, et présenter tous les symptômes de la période de progrès que nous venons de passer en revue ; surtout son aptitude inoculatrice et éminemment contagieuse.

Cette période, trop variable pour être précisée, peut durer de quelques jours seulement à deux ou trois semaines ; il n'est pas très-rare de la voir durer plusieurs mois, et même en dépit de tout traitement.

4° PÉRIODE DE RÉPARATION. — Après être resté plus ou moins stationnaire dans sa marche, l'ulcère, qui jusque-là avait sécrété abondamment un pus virulent, change tout à

coup de physionomie. Et d'abord la suppuration diminue d'une manière très-sensible ; le fond se déterge, grâce à la chute de cette membrane pulpeuse qui le recouvrait ; de grisâtre qu'il était, il devient rose. Les bords, qui étaient décollés et renversés, s'affaissent et se rapprochent du fond auquel ils adhèrent. Bientôt, on voit poindre, sur divers points de l'ulcération, des bourgeons charnus qui font disparaître les inégalités du fond ; ils sont recouverts d'un pus jaune facile à détacher, et en tout semblables à ceux qui se produisent à la surface d'une plaie ordinaire en voie de cicatrisation. L'auréole rouge qui entourait le chancre change de couleur et devient d'un gris perle ; celui-ci perd sa forme arrondie à mesure que le travail de réparation se fait. Enfin, apparaît, sur les bords, une pellicule de couleur cendrée, doublée d'un liséré violacé qui indique l'apparition du tissu cicatriciel ; alors la cicatrisation s'opère de la périphérie au centre par la formation d'une série de zones concentriques qui se juxtaposent et finissent par recouvrir toute la surface de l'ulcération.

La cicatrisation ne marche pas toujours d'une façon aussi régulière. Il peut arriver qu'au lieu de s'établir d'emblée sur toute l'étendue de la plaie, elle se fasse seulement sur quelques points, tandis que les autres continuent à sécréter un pus virulent. Dans ces cas, il est dangereux de laisser longtemps le pus spécifique en contact avec les parties qui se cicatrisent, car ces parties pourraient s'inoculer de nouveau.

Plusieurs auteurs, Hunter et Ricord entre autres, ont prétendu que le signe caractéristique de la période de réparation serait l'*extinction de la spécificité virulente*. Le premier disait dans son remarquable ouvrage (1) : « Le pus qui est sécrété le dernier par un chancre *n'est pas vénérien*, » et le second : « A cette dernière période, la spécificité est

(1) Hunter. *Maladie vénérienne*, traduc. Richelot, 3^e édit., 1859.
Labarthe.

éteinte; le pus sécrété n'est plus que l'analogue du pus des plaies simples; il a perdu toute propriété virulente! » Mais depuis, de nombreuses expériences ont été faites par Fournier, Poisson et autres, et ces expériences ont amené une conclusion tout à fait contraire à celle des deux illustres syphiliographes, à savoir que *le chancre reste chancre jusqu'à ce qu'il soit complètement et absolument cicatrisé*; c'est-à-dire que tant qu'il reste un point ulcéré, ce produit, si petit soit-il, continue de fournir du pus spécifique et, par conséquent, inoculable.

Marche. — Ainsi que nous venons de le voir, le chancre simple offre dans son évolution quatre périodes parfaitement distinctes, dont la marche est plus ou moins rapide. Règle générale, le chancre progresse assez rapidement à son début et dans la quinzaine qui suit sa naissance. Passé cette période, il se ralentit sensiblement, et cela d'autant plus qu'il devient plus ancien. Enfin, pendant la période de réparation, le travail cicatriciel, s'il n'est entravé par aucune complication, se fait assez rapidement.

Les chancres n'ont pas toujours la marche régulière que nous venons de décrire. Ainsi, l'on en voit, qui semblaient parfaitement limités et même en voie de réparation, subir une recrudescence subite, dont on ne peut pas toujours apprécier la cause. D'autres fois, on en voit qui se cicatrisent sur un point de leur surface et s'étendent en progressant sur un autre. Mais ce sont là des exceptions, et dans l'immense majorité des cas, les chancres accomplissent leur évolution complète d'une manière très-régulière.

Durée. — La durée des chancres simples est très-variable; mais d'une façon générale, on peut dire qu'elle est pongue, car jamais elle n'est moindre de 3 semaines, et le plus souvent elle est de 5, 6, 7, 8 et 9 semaines. Les chancres

(2) Ricord, loc. cit.

qui durent plus de 2 mois sont très-rares, et alors ils sont toujours compliqués de phagédénisme.

Plusieurs circonstances influent d'une façon très-marquée sur la durée de cette affection. Parmi les principales, nous citerons son étendue, son siège, son traitement et le régime du malade, enfin les complications.

Ainsi il est bien évident que des chancres de petites dimensions guériront plus promptement que les chancres présentant une vaste surface d'ulcération.

Les chancres qui siègent sur des régions exposées aux frottements des corps extérieurs, tels que le limbe du prépuce, le gland chez les circoncis, l'anus dans les deux sexes, la vulve et la fourchette chez la femme, guérissent lentement. Ceux qui siègent sur le méat sont continuellement irrités par l'urine, ce qui rend leur guérison longue et rebelle. Souvent même celle-ci entraîne des rétrécissements inodulaires, plus ou moins grands, de l'orifice du canal. Nous en dirons autant des chancres intra-uréthraux. Les chancres qui siègent sur la verge, en général, sont aussi très-longs à guérir, exposés qu'ils sont à des tiraillements violents occasionnés par l'érection. De même ceux qui siègent sur le clitoris chez la femme, la turgescence de cet organe, exposant ces parties à des tiraillements et à des congestions répétées. On comprend enfin que la défécation rend très-difficile et très-longue la cicatrisation des chancres de l'anus.

Les chancres que l'on ne panse pas et sur lesquels on laisse séjourner le pus, ceux que l'on panse avec des topiques irritants, d'une manière abusive, s'enflamment, s'étendent et durent un temps parfois très-considérable.

Les excès de marche, d'équitation, les abus des liqueurs fortes de la part des malades, prolongent aussi la durée de leurs chancres.

Enfin, tout le monde comprend que les complications, telles que le phimosis, le paraphimosis, le phagédénisme,

augmentent d'une manière quelquefois terrible et toujours déplorable la durée des chancres. Seule parmi toutes les complications, la gangrène diminue leur durée en détruisant le principe virulent de l'ulcération, qu'elle transforme en une eschare qui s'élimine assez promptement pour ne laisser subsister qu'une plaie simple.

Terminaison. — Le chancre simple, lorsque aucune complication ne survient, se termine toujours par la guérison. Nous disons : lorsque aucune complication ne survient, car on a observé des chancres compliqués de phagédénisme entraîner la mort des malades.

La cicatrice, qui indique la terminaison réelle du chancre simple, n'offre rien de particulier et ressemble à celle des plaies ordinaires. Si le chancre a été superficiel et de peu d'étendue, elle est à peine visible et disparaît à la longue ; si, au contraire, le chancre a été profond, vaste, elle est très-apparente, ressemble à la cicatrice que laisse la vaccine, et, comme elle, est ineffaçable. Éphémère lorsque le chancre siège sur la muqueuse, elle persiste d'une façon indélébile lorsque le chancre siège sur la peau.

CHAPITRE VI

Diagnostic du Chancre simple.

Dans beaucoup de cas, le chancre simple se présente à l'observateur avec un tel ensemble de symptômes qu'il suffit d'un coup d'œil, au praticien un peu exercé, pour le reconnaître.

Ainsi, lorsqu'un individu se présente à l'observation avec une ulcération de forme arrondie, à base molle, à bords taillés à pic et comme à l'emporte-pièce; à fond grisâtre recouvert d'une couche comme diphthéritique, entourée d'une auréole rouge et enflammée, sécrétant un pus abondant et manifestant une tendance marquée à l'agrandissement dès les premiers jours qui suivent son apparition; lorsqu'enfin l'individu ajoute que l'ulcération s'est montrée dans les trois ou quatre premiers jours qui ont suivi le coït suspect, vous pouvez affirmer qu'il a un chancre simple. A plus forte raison porterez-vous ce diagnostic si les ulcérations se sont montrées multiples d'emblée, ou consécutivement par suite d'auto-inoculation, et s'il existe dans le pli de l'aîne des adénites aiguës ou bubons.

Toutefois, nous devons dire que, malgré leur grande importance, aucun de ces signes n'est véritablement pathognomonique. Un seul, que nous n'avons pas encore indiqué, permet d'établir d'une façon péremptoire le diagnostic du chancre simple. Ce signe est fourni par l'*inoculation du pus qu'il sécrète*; car, ainsi que l'a dit très-justement Ricord, le chancre n'est, ni dans sa forme, ni dans son fond, ni d'une ma-

nière absolue dans aucun de ses caractères extérieurs : *il est tout entier dans le pus qu'il sécrète.*

1^c *Le chancre simple est inoculable à coup sûr au sujet qui le porte, à toutes ses périodes, sauf à la période de cicatrisation très-avancée.*

2^o *Le chancre simple est la seule des ulcérations d'origine vulgaire, vénérienne ou syphilitique, qui soit susceptible de reproduire par auto-inoculation une ulcération semblable à elle-même.*

Ces deux propositions qu'il est aujourd'hui impossible de nier, reposent sur de nombreuses expériences faites dans les hôpitaux par plusieurs auteurs.

Dès 1845, M. Clerc, à la suite de huit expériences positives de chancres simples inoculés aux malades qui en étaient porteurs, concluait d'une manière générale que le chancre simple est inoculable au sujet qui le porte.

En 1856, M. Fournier se livrait, dans le service de Ricord, à des expériences plus nombreuses et plus complètes, et il obtenait les résultats suivants :

1^o *Inoculation de chancres simples.*

	nombre des inocul.	résultats positifs.	résultats négatifs
A la période d'augment.	12	12	»
— d'état.	44	44	»
— de transition	9	9	»
— de réparation bien établie. . . .	12	9	3
— de réparation déjà avancée . . .	9	3	»
— de réparation extrêm. avancée..	7	2	5
— de forme gangréneuse.	1	»	1

2^o *Inoculations de chancres indurés.*

A la période d'augment.	11	1	11
— d'état.	55	»	55
— de transition.	16	»	16
— de réparation.	9	»	9
— de forme gangréneuse.	6	»	6

(1) Clerc, *Mémoire sur le chancroïde*, 1854

(2) Ricord, *loc. cit.*

L'année suivante M. le Dr Poisson (1), continuant dans le service de Ricord les expériences de M. Fournier sur l'inoculation comparative des deux chancres, obtint des résultats complètement analogues à ceux de son prédécesseur, ainsi que le prouve le tableau suivant :

1^o Inoculations de chancres simples.

	nombre des inocul.	résultats positifs.	résultat négatifs
A la période de progrès ou d'état.	5	5	0
— de transition	2	2	0
— de réparation	6	9	0

2^o Inoculations de chancres indurés.

A la période de progrès.	4	»	4
— d'état.	20	1 (2)	19
— de transition	12	»	10
— de réparation	17	»	17

En 1858, M. Nadau-des-Islets, interne à l'hôpital du Midi se livra aux mêmes recherches, non pas dans le service de Ricord, mais dans celui de M. Puche, et il arriva à des conclusions encore plus absolues que ses prédécesseurs. Voici ce que nous lisons dans son excellente thèse : « Je suis forcé de conclure, pour ne pas être en opposition avec ce que j'ai vu, que le pus du chancre induré ne s'inocule pas sur le terrain diathésé qui l'a fourni. Je vais même plus loin encore : malgré le petit nombre de faits que je possède à cet égard, je crois que le pus du chancre infectant, *lors même qu'il provient d'une source étrangère, ne s'inocule pas davantage sur un terrain diathésé.* »

En 1859, MM. Laroyenne et Rollet, de Lyon, firent aussi de nombreuses expériences à l'hôpital de l'Antiquaille, pour inoculer le pus du chancre induré à des individus syphiliti-

(1) Poisson, cité par Ricord, *loco citato*.

(2) Ce chancre datait de neuf jours.

(3) Nadau, thèse inaugurale, 1858.

ques, et toujours ils échouèrent. « Nous avons constamment échoué dans nos tentatives, dit M. Laroyenne (1), sur plus de *quarante* malades, tant hommes que femmes, porteurs d'ulcérations infectantes primitives, n'ayant pas dépassé la période d'état. Chez l'un d'eux, l'ulcération ne durait que *quatre à cinq jours*... Ces expériences nous conduisent à tenir pour irréalisables cette greffe pathologique sur les sujets atteints de symptômes patents, soit anatomiques, soit fonctionnels de la vérole. »

Nous-même, en 1870, avons fait des expériences analogues à celles des auteurs que nous venons de citer. En voici le résumé :

1° *Inoculations de chancres simples.*

	nombre des inocul.	résultats positifs.	résultats négatifs.
A la période d'augmentation	11	11	»
— d'état	9	9	»
— de transition	4	4	»
— de réparation	16	16	»
— avancée de cicatrisation	5	2	3

2° *Inoculations de chancres indurés.*

	nombre des inocul.	résultats positifs.	résultats négatifs.
A la période de progrès	6	»	6
— d'état	15	»	15
— de transition	7	»	7
— de réparation	13	»	13

Enfin, nous rappellerons, pour mémoire, l'observation célèbre du docteur Lindmann, qui s'est inoculé plus de *deux mille deux cents* chancres simples, sans que *jamais* il ait constaté une seule observation négative !

Du reste, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'expérimentation pour établir le fait de l'inoculation du chancre

(1) Laroyenne, *Etudes expériment. sur le chancre* (in Ann. de la syphilis et des maladies de la peau), 1859.

simple au sujet qui en est porteur. Nous voyons tous les jours, en clinique, des chancres simples se multiplier chez un individu, par suite d'inoculations successives et de voisinage, ou par suite du transport accidentel du pus virulent sur certaines régions. Nous en avons rapporté des exemples curieux dans un des chapitres précédents.

L'auto-inoculabilité est donc le seul et véritable signe pathognomonique du chancre simple.

Voyons dans quelles circonstances et comment doit se pratiquer l'inoculation.

Pendant longtemps il fut d'usage à l'hôpital du Midi de pratiquer l'inoculation avec une lancette. Nous ne sommes pas partisan de cette pratique, parce que, comme l'a très-bien fait observer M. Clerc, elle donne trop facilement lieu à des inoculations *pénétrantes*, c'est-à-dire à des inoculations qui déterminent des chancres simples infiniment plus graves que lorsque le virus a été déposé sur les couches les plus superficielles de la peau ou des membranes muqueuses. Depuis quelques années, la lancette a été abandonnée et on l'a remplacée par l'épingle ordinaire.

Sur quelle partie du corps doit-on pratiquer l'inoculation? Cette question n'a pas une bien grande importance. A l'hôpital du Midi, on l'a fait d'ordinaire sur le bas-ventre, au-dessous du nombril et sur la ligne médiane. En ville, quelques praticiens la font sur la cuisse, d'autres sur le bras ou l'avant-bras. Nous n'avons, pour notre part, aucune préférence, et nous nous en rapportons au gré des malades.

Pour pratiquer l'inoculation, on charge avec soin la pointe de l'épingle sur l'ulcération dont on veut établir le diagnostic, puis on fait sur la partie désignée d'avance une piqûre aussi petite et aussi superficielle que possible. On doit se contenter de soulever l'épiderme avec l'épingle et n'intéresser que le réseau vasculaire de la peau : l'apparition d'une gouttelette de sang indique que la dilacération des vaisseaux capillaires a eu lieu.

Une fois l'inoculation faite, on fait tout autour un léger attouchement de nitrate d'argent, afin de bien reconnaître plus facilement le point inoculé. Quelques auteurs, M. Clerc entre autres, ne trouvent pas utile de la protéger et l'abandonnent à elle-même. Nous trouvons plus sage de protéger l'inoculation contre les froissements qui pourraient enlever le pus, déchirer la pustule et irriter la plaie. Ricord avait l'habitude de recouvrir ses inoculations d'un verre de montre, appliqué et maintenu sur l'endroit inoculé au moyen d'une bande de diachylon. Cette pratique ne nous paraît pas très-commode pour le malade, et nous préférons recouvrir le point inoculé d'un morceau de baudruche gommée ou d'un morceau de baudruche simple recouverte, sur ses bords, d'une légère couche de collodion riciné.

Si l'inoculation doit être positive, le travail morbide qui doit donner naissance à un chancre simple commence aussitôt. Nous avons décrit sa marche, lorsque nous avons décrit le chancre d'inoculation. Si l'inoculation doit être négative, on n'observe à l'endroit inoculé qu'une légère rougeur avec inflammation de la peau, qui disparaît bientôt.

A quel moment faut-il pratiquer la cautérisation destructive de la pustule produite par l'inoculation lorsque celle-ci est positive? Il fut longtemps d'usage au Midi de la pratiquer immédiatement après son installation, afin, disait-on, d'abrèger le plus possible la durée du nouveau chancre inoculé. Rien de plus logique en apparence et rien de plus mauvais en réalité. En effet, si l'on pratique la cautérisation aussitôt que la pustule d'inoculation est produite, on ne sait pas ce que l'on détruit, et l'inoculation ne donne qu'un résultat incertain. Il ne faut détruire par le caustique la plaie d'inoculation que lorsqu'on en a bien et dûment constaté le caractère chancreux. Inutile de dire que nous ne partageons nullement l'opinion de M. Clerc, qui est ennemi acharné des cautérisations et préfère abandonner à lui-même le nouveau chancre.

Les affections qui peuvent être confondues avec le chancre simple sont très-nombreuses. Parmi les principales et les plus communes, nous signalerons: *le chancre infectant, l'herpès, les ulcérations syphilitiques* de la seconde et de la troisième période, telles que *plaques muqueuses ulcérées, ulcérations ecthymateuses, impétigineuses et diphthéritiques, tumeurs gommeuses ulcérées*, etc.

Un mot sur chacune de ces affections.

Le diagnostic différentiel du chancre simple et du *chancre infectant* constitue un des points les plus importants de la pathologie vénérienne. Il importe donc de le bien établir. Le chancre infectant présente une incubation qui varie entre douze jours et deux mois, il est presque toujours unique et débute par une palpule. Cette palpule s'excorie au bout d'un certain temps, et l'exulcération qui en résulte se présente avec des caractères spéciaux. Elle est généralement superficielle et, dans les neuf dixièmes des cas, elle n'intéresse que la surface des téguments, recouverte d'une fausse membrane grisâtre, excepté sur ses bords. Ceux-ci sont d'un rouge vif ou même rouge vineux, luisants comme ils étaient recouverts d'une couche de vernis, inclinés et se raccordant avec le fond, ce qui donne à l'ulcération l'aspect *cupuliforme*, sur lequel a insisté Ricord. Dans beaucoup de cas, les bords sont continus et de niveau avec le fond. La base présente une induration spécifique, élastique, et donnant au doigt la sensation d'une feuille de parchemin ou d'une rondelle de caoutchouc, d'un morceau de fibro-cartilage ou même de cartilage. Elle est parfaitement limitée à l'étendue de l'ulcère, et ne se perd pas en se confondant insensiblement avec les tissus sains environnants comme l'induration inflammatoire; enfin, elle persiste longtemps après la cicatrisation du chancre.

Le chancre infectant est le plus souvent unique; il s'enflamme rarement, n'a pas de tendance à s'étendre, suppure peu, détermine peu ou pas de douleur, donne naissance à une

suppuration peu abondante qui a une tendance à se concréter, en une pellicule blanchâtre d'apparence couenneuse, ou bien en une véritable croûte.

Le chancre infectant s'accompagne toujours d'une adénopathie symptomatique spéciale. Cette adénopathie se montre le plus souvent au moment où l'induration du chancre se produit. Elle débute d'abord par une simple tension ganglionnaire du côté correspondant au siège du chancre, et, dans beaucoup de cas, des deux côtés. Au bout de quelques jours, on remarque une tuméfaction dure et indolente des ganglions. Ces ganglions qui constituent une véritable *pléiade*, forment une série de petites tumeurs ovoïdes, très-dures, mobiles sous le doigt et indépendantes les unes des autres. Parmi eux, on en trouve toujours un plus développé que les autres; c'est celui, dit Ricord, auquel viennent aboutir directement les lymphatiques de la partie ulcérée. Ces ganglions ne s'enflamment et ne suppurent *jamais*, et leur induration persiste longtemps après la cicatrisation du chancre.

Le chancre infectant provient toujours d'un chancre infectant ou d'un accident secondaire, ainsi que l'a démontré Langlebert. Il ne peut pas s'inoculer à l'individu qui en est porteur, ni à tout autre individu atteint de syphilis. Il est la première manifestation d'une maladie générale et s'accompagne toujours d'une série d'accidents qui apparaissent dans un ordre régulier et à des époques à peu près déterminées. Enfin, il est spécial à l'espèce humaine et ne peut pas se transmettre aux animaux.

Tel est l'ensemble des caractères du chancre infectant. Si on le compare à l'ensemble des caractères propres au chancre simple, il sera facile d'établir le diagnostic différentiel. Le tableau suivant, en mettant en regard la symptomatologie des deux espèces de chancres, facilitera encore cette tâche.

Chancres simple.

Il n'a pas d'incubation et suit de très-près le coït infecté.

Il débute par une pustule ou une vésico-pustule.

Il se présente sous la forme d'une ulcération profonde, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, et souvent décollés, à fond inégal, déchiqueté, vermoulu et recouvert d'une sorte de débris organique mêlé de pus.

Il présente dans l'immense majorité des cas une base molle. Il peut se faire cependant que celle-ci soit indurée. Mais alors, l'induration est accidentelle, n'a rien de spécifique, est déterminée par l'inflammation, n'est pas limitée, dépasse l'étendue de l'ulcère, est diffuse et se perd en se confondant insensiblement avec les tissus environnants. Elle disparaît avant la cicatrisation du chancre.

Il est le plus souvent multiple.

Il est toujours enflammé, présente une tendance marquée à s'étendre, suppure abondamment, est très-douloureux.

Il s'accompagne souvent d'adénites mono-ganglionnaires, aiguës et inflammatoires, suppurant le

Chancres infectant.

Il a toujours une incubation qui varie entre douze jours et deux mois.

Il débute par une papule ou par une simple érosion.

Il se présente sous la forme d'une ulcération superficielle, recouverte d'une membrane grisâtre excepté sur les bords : ceux-ci sont d'un rouge vif, ou même rouge vineux, luisants comme s'ils avaient été recouverts d'une couche de vernis, inclinés et se raccordant avec le fond, ce qui donne à l'ulcération l'aspect *cupuliforme* sur lequel Ricord a insisté. Dans beaucoup de cas, ces bords sont continus et de niveau avec le fond.

Il présente à sa base une induration spécifique, élastique et donnant au doigt la sensation d'une feuille de parchemin ou d'une rondelle de caoutchouc, d'un morceau de fibro-cartilage ou même de cartilage. Elle est parfaitement limitée à l'étendue de l'ulcère, et persiste longtemps après sa cicatrisation.

Il est le plus souvent unique.

Il s'enflamme rarement, n'a pas une tendance marquée à s'étendre, suppure peu et détermine d'ordinaire peu ou pas de douleurs.

Il s'accompagne toujours d'adénites ganglionnaires multiples, indolentes, qui ne suppurent ja-

plus souvent, et fournissant dans quelques cas un pus inoculable.	mais et persistent longtemps après la cicatrisation.
---	--

Il provient toujours d'un chancre simple, ou d'un bubon suppuré chancreux.	Il provient toujours d'un chancre infectant ou d'un accident secondaire.
--	--

Il s'inocule à l'infini au sujet qui en est porteur, ou à tout autre individu.	Il ne s'inocule jamais à l'individu qui en est porteur, ni à tout autre individu déjà atteint de syphilis constitutionnelle.
--	--

Il constitue une maladie essentiellement locale.	Il constitue la première manifestation d'une maladie générale et s'accompagne toujours d'une série d'accidents qui apparaissent dans un ordre régulier et à des époques à peu près déterminées.
--	---

Il n'est pas spécial à l'homme et peut se transmettre à quelques espèces.	Il est spécial à l'espèce humaine et ne peut pas se transmettre aux animaux.
---	--

Les *affections herpétiques* peuvent être confondues avec le chancre simple, et leur diagnostic différentiel est parfois très-difficile à établir. Reconnaissons toutefois que, le plus habituellement, on y parviendra en tenant compte des quelques considérations suivantes que nous empruntons à M. Fournier.

1° Les ulcérations herpétiques sont généralement *plus nombreuses, plus petites et plus superficielles* que les ulcérations chancreuses. Ce triple signe n'est cependant pas absolu, puisque l'herpès peut être solitaire, creux et large, mais il ne présente que rarement ces trois caractères associés.

2° Les ulcérations de l'herpès sont généralement *prurigineuses*, et produisent une ardeur, une excitation locale, « un feu » comme disent les malades, dont ne s'accompagne pas habituellement le chancre.

3° Fort souvent l'ulcération herpétique présente une configuration, consistant en ceci : le contour de l'ulcération n'est pas constitué, comme celui du chancre, par une ligne plus

ou moins régulièrement circulaire, mais bien par *une série de segments de circonférence*, ce qui tient à ce que la plaie totale résulte de la fusion de plusieurs plaies circulaires. Cette disposition, quand elle existe, est presque pathognomonique de l'herpès. Elle ne s'observe pas avec le chancre. Lors même que plusieurs chancres viennent à se fusionner, leur contour figure plusieurs *grands* cercles réunis, mais il ne présente jamais ces *petits* segments de circonférence, que je n'hésite pas à donner comme caractéristique de l'herpès.

4° Il existe presque toujours, en même temps que les ulcérations chancriformes de l'herpès, d'autres manifestations herpétiques non douteuses, telles que vésicules encore intactes, ulcérations petites et groupées, etc. Ajoutons que l'éruption herpétique se fait quelquefois par poussées successives, de sorte que la présence d'une vésicule, soit antérieure, soit postérieure à l'ulcération douteuse, peut éclairer le diagnostic de cette dernière.

5° Il est assez rare que l'herpès ne se produise que pour une fois et d'une façon purement accidentelle. Le plus souvent il constitue une affection chronique, une véritable diathèse à poussées multiples. Il est même un grand nombre de malades qui sont affectés d'herpès génitaux se répétant de mois en mois, de quinzaine en quinzaine, et cela plusieurs années de suite. Cette disposition singulière s'observe aussi dans le sexe féminin, mais à un degré moindre de fréquence. Certaines femmes toutefois sont prises d'herpès vulvaire presque à chaque période menstruelle.

6° Enfin l'évolution de la maladie est plus significative encore que tous les caractères précédents. L'herpès *ne tend pas à s'étendre* et se répare bien plus facilement que le chancre. — Cependant il faut savoir qu'il affecte parfois une durée assez longue, surtout dans sa forme ulcéreuse, ou bien lorsqu'il a été irrité par de mauvais pansements ou des caustérisations répétées.

Les affections secondaires ou tertiaires de la syphilis peuvent dans certains cas être prises pour des chancres simples.

Les différentes variétés d'herpès se rencontrent fréquemment chez l'homme, mais plus fréquemment encore chez la femme. Chez cette dernière, elles constituent souvent des ulcérations d'apparence chancreuse qui ont été décrites avec beaucoup de soin et d'exactitude par Legendre. « Ces ulcérations, écrivait-il en 1853, ressemblent souvent à s'y méprendre, aux chancres non indurés de la vulve ; la ressemblance est même parfois si grande, qu'il devient nécessaire d'avoir recours à l'inoculation pour décider la question d'une manière positive... Elles sont en général superficielles et constituent plutôt des érosions que de véritables ulcérations ; elles sont régulièrement arrondies, à bords nettement découpés, à fond grisâtre ; de la largeur d'une très-petite lentille lorsqu'elles sont isolées, elles sont plus étendues et irrégulières quand elles résultent de la réunion de plusieurs ulcérations voisines. Bien qu'en général ces ulcérations soient très-superficielles, il en est cependant dans le nombre qui simulent de véritables chancres par leurs bords élevés, taillés à pic, et par leur fond grisâtre. Enfin, ce qui ajoute quelquefois à l'illusion, c'est le développement, sur les points de la surface interne des cuisses qui correspondent aux ulcérations du bord libre des grandes lèvres malades, de petites ulcérations arrondies, à fond grisâtre, qui semblent être le résultat de l'inoculation d'un liquide virulent fourni par les ulcérations des grandes lèvres, tandis qu'il ne faut voir là que l'effet du contact d'un liquide simplement irritant sur deux surfaces qui se correspondent et se touchent, etc. (1). » Dans ces cas, si ce que nous avons dit plus haut ne suffit pas pour faire reconnaître l'herpès du chancre simple, l'inoculation ne laissera plus de doute. Si elle est positive, l'ulcération

(1) Legendre. Mémoire sur l'herpès de la vulve (in *Archiv. gén. de méd.* 1855).

sera un chancre simple ; si elle est négative, ce sera de l'herpès.

Le diagnostic est peut-être plus important chez la femme que chez l'homme, car il peut se faire que le médecin soit consulté par un tribunal, comme cela arriva à Legendre. On lui amena un jour une jeune enfant qui avait été victime d'une tentative de viol, et que l'acte d'accusation disait atteinte « de chancres de la vulve. » Ce médecin l'examina et aperçut, en effet, des ulcérations qui simulaient très-bien les chancres simples. Mais un examen plus attentif et quatre inoculations, toutes négatives, lui permirent de dire, avec toute la certitude possible, que la jeune enfant n'avait pas de chancres simples, mais seulement de l'herpès de la vulve.

Les *affections secondaires et tertiaires de la syphilis* peuvent, dans certains cas, être prises pour des chancres simples. Ainsi les *plaques muqueuses* qui siègent sur les parties génitales peuvent embarrasser le médecin et lui en imposer, surtout lorsqu'elles ont été irritées et ulcérées par des frottements, des cautérisations répétées ou diverses autres causes. Elles offrent alors une ressemblance très-grande avec les chancres simples ; comme lui elles sont multiples, de couleur grisâtre, à base molle, etc. Il en est de même des *tumeurs gonmeuses* ulcérées qui siègent sur le fourreau de la verge, le gland, le scrotum, la vulve, le col de l'utérus, etc. Comme le chancre simple, en effet, elles ont les bords taillés à pic, le fond grisâtre et pultacé, une longue durée, etc. Dans ces cas, il faut consulter les antécédents, examiner toutes les parties du corps, pour voir si on ne rencontre pas sur d'autres points des ulcérations du même genre, et si cet examen ne suffit pas pour éclairer le diagnostic — mais il suffit souvent, — avoir recours à l'inoculation, car le chancre simple, ainsi que nous l'avons vu, s'inocule à l'infini au porteur, tandis que les affections syphilitiques ne s'inoculent jamais à l'individu qui en est porteur.

Indépendamment des affections que nous venons de signaler
Labarthe.

ler, en y insistant, qui peuvent être confondues avec le chancre simple, il y a encore les nombreuses ulcérations de toutes sortes qui siègent sur les organes génitaux et qui sont consécutives à des lésions aiguës, telles que les *abcès*, les *folliculites*, les *furoncles*, les *ecthyma*, l'*acné*, etc., ou à des maladies chroniques telles que les *scrofulides*, les *epithelioma*, l'*esthiomène*, le *lupus*, etc. Le plus souvent, on arrivera au diagnostic véritable par l'examen attentif de l'évolution pathologique de ces diverses affections, des caractères qui leur sont propres, et, dans les cas où cet examen ne suffirait pas à éclairer le médecin, l'auto-inoculation sur le malade lèvera tous les doutes et jettera sur la nature de l'affection une lumière sûre.

Dans la pratique, on rencontre souvent des malades chez lesquels manque l'ensemble des signes caractéristiques du chancre simple que nous avons énumérés au commencement de ce chapitre, et chez lesquels l'affection est en quelque sorte marquée par des symptômes insolites. Le diagnostic est alors plus compliqué, et, dans certains cas, il peut devenir très-difficile.

Nous avons dit plus haut que le chancre simple avait une base molle. Cela est vrai d'une manière générale. Cependant on observe assez fréquemment des chancres simples dont la base offre au toucher une résistance qui est l'indice manifeste de l'existence de produits plastiques. Cette induration est loin d'être spécifique; elle est accidentelle, de nature purement inflammatoire, et déterminée par des topiques irritants ou des caustiques que les malades appliquent sur leurs chancres avant d'aller consulter un médecin. Celui-ci ne la confondra pas avec l'induration spécifique du chancre infectant; car elle présente des caractères parfaitement distincts. Ainsi, tandis que l'induration propre au chancre infectant est nettement circonscrite, « ne se perd point, comme l'a dit Hunter, d'une manière graduelle et insensible, dans les parties environnantes, mais se termine brusquement », res-

semble assez, suivant l'expression si juste de Bell, « à la moitié d'un pois qui serait placé au-dessous de l'ulcération ; » tandis qu'elle présente presque toujours une surface plus étendue ou plus large que celle de l'ulcération, se montre tardivement, augmente d'intensité à mesure que le chancre vieillit et persiste très-longtemps après sa cicatrisation. L'induration qui accompagne quelquefois le chancre simple est au contraire diffuse, mal circonscrite et ne dépassant guère les limites de l'ulcération, d'une courte durée et ne persistant pas après la cicatrisation de l'ulcération.

L'âge du chancre, les *modifications de forme* qu'il présente parfois, le *siège* qu'il occupe, la *coïncidence avec d'autres maladies vénériennes*, peuvent devenir autant de causes d'erreur et compliquer le diagnostic.

Et d'abord l'âge du chancre. Il est évident que, lorsque le chancre s'offre à votre observation dans la période de début, il ne présente aucun signe pathognomique. Il peut alors être confondu soit avec un *herpès*, soit avec une pustule d'*acné*, soit avec une érosion insignifiante, etc. Aussi le médecin devra se garder de porter un diagnostic précipité, et, à moins que l'inoculation ne vienne l'éclairer, il gardera un silence prudent, quelles que soient d'ailleurs les supplications du malade inquiet et tourmenté. « Mieux vaut cent fois en pareil cas, comme le disait Ricord, avoir le courage de dire *qu'on ne sait pas, qu'on ne peut pas savoir*, et remettre au lendemain ce qu'on ne peut dire aujourd'hui. »

La forme du chancre peut subir de nombreuses modifications et augmenter la difficulté du diagnostic. Les unes, telles que l'induration de la base dont nous avons parlé plus haut, sont purement artificielles. Il en est d'autres qui relèvent du fait même de la maladie, par exemple des formes *exulcéreuse, ecthymateuse, furonculeuse, gangréneuse et phagédénique*.

Le chancre simple à *forme ulcéreuse* peut être confondu avec le chancre infectant parcheminé, avec des plaques mu-

queuses, avec une érosion simple, avec l'herpès, et avec les érosions qui se manifestent dans la balano-posthite. On distinguera le chancre simple de ces érosions, en ce que ces dernières offrent d'ordinaire une étendue plus grande, en ce qu'elles sont plus nombreuses, de forme plus irrégulière et d'une coloration le plus souvent vineuse, enfin, à ce qu'elles cèdent beaucoup plus vite que le chancre à un traitement approprié, et qu'elles se modifient d'une manière très-sensible du jour au lendemain.

Le chancre simple à *forme ecthymateuse* ne peut guère être confondu qu'avec l'ecthyma simple et l'herpès phlycténoïde. On le distinguera de l'ecthyma, en ce que ce dernier est rarement limité aux organes génitaux, en ce qu'il n'a aucune tendance à s'étendre, enfin, en ce que jamais dans sa marche il ne présente l'aspect d'un ulcère chancreux. Quant à l'*herpès phlycténoïde*, en l'observe très-rarement sur les parties génitales, et, lorsqu'on l'y rencontre, on peut le distinguer facilement du chancre simple par son évolution et par la coexistence des petites vésicules qui se montrent autour de la phlyctène principale.

Quant au chancre à *forme furonculaire*, il peut être confondu avec l'acné, la folliculite et le furoncle, car il débute de la même façon, mais la marche de ces trois affections est tellement différente que la confusion devient impossible après la période initiale, c'est-à-dire à partir du moment où la pustule initiale est ulcérée.

Enfin le chancre à *forme gangréneuse* peut être confondu avec certaines affections gangréneuses d'une toute autre nature. Ainsi Fournier rapporte (1) un fait relatif à un garçon boucher qui fut adressé par son médecin à l'hôpital Lariboisière comme atteint d'une *pustule maligne* des bourses, et qui n'était affecté en réalité que d'un chancre gangréneux du scrotum avec érysipèle phlycténoïde de voisinage. Le même auteur,

(1) Fournier, *loco citato*.

rapporte un fait bien plus curieux encore, observé par lui dans sa clientèle. Il fut mandé auprès d'un malade qui présentait deux plaques gangréneuses situées l'une sur le fourreau de la verge et l'autre sur le gland. Au premier coup d'œil, il crut avoir affaire à deux chancres simples de forme gangréneuse. Mais un examen plus minutieux lui démontra son erreur. En questionnant le malade, il apprit qu'il était diabétique depuis plusieurs années, qu'il était à peu près impuissant, qu'il n'avait pas touché de femme depuis cinq ou six mois, et que la lésion s'était produite subitement dans le cours de la nuit. Bref ce que M. Fournier avait pris tout d'abord pour un chancre gangréneux, n'était qu'une *gangrène diabétique* de la verge, ainsi que le prouvèrent de nouvelles gangrènes survenues quelques semaines plus tard sur diverses parties du corps de son malade.

Nous ne dirons rien ici du chancre à *forme phagédénique*, un chapitre spécial devant être consacré à l'étude de cette complication dans la seconde partie de ce travail.

Le *siège* du chancre peut dans certains cas induire en erreur le médecin, et lui faire porter un diagnostic faux. Ainsi les chancres simples qu'un phimosis congénital ou accidentel empêche de voir à l'œil nu, peuvent être pris pour une *balano-posthite*; ils peuvent aussi être pris pour des *chancres indurés*, lorsque leur base se trouve épaissie par suite d'un travail inflammatoire.

Les chancres simples de l'*anus* peuvent quelquefois être pris pour une *fissure*, et il est arrivé à M. Gosselin, alors qu'il était chirurgien à l'hôpital de Lourcine de faire une erreur de ce genre. Une malade du service, dit le savant clinicien, présentait à l'anus une solution de continuité d'apparence fissurique et très-douloureuse...; elle niait tout rapport par l'anus. Je la soumis au traitement par la dilatation forcée. La fissure se déchira et nous vîmes apparaître un chancre phagédénique des plus douloureux et des plus rebelles, à la suite duquel se forma un rétrécissement du rectum. La malade

avoua plus tard qu'elle croyait avoir contracté cette maladie dans un coït anormal, ce dont elle avait dans le principe refusé de faire l'aveu (1). » Dans les cas ordinaires cependant le médecin reconnaîtra les chancres du rectum à leur étendue plus considérable, à leur plus grande profondeur, à leur multiplicité habituelle, à leur fond grisâtre et pseudomembraneux, etc.

Les chancres simples des *parois du vagin*, qui échappent facilement à la vue et au toucher sont parfois difficiles à diagnostiquer; mais, comme ils conservent la même forme, on reconnaît aisément leur nature, dès qu'on a pu les voir.

Les chancres simples du *col de l'utérus* sont encore plus difficiles à reconnaître que tous les autres, car ils offrent des caractères à eux particuliers, qu'on ne rencontre pas dans les chancres simples siégeant sur d'autres parties.

Ils sont généralement superficiels et ont plus de tendance à s'étendre en largeur qu'en profondeur; très-rarement ils sont taillés à pic, en emporte-pièce. Ils se manifestent d'ordinaire sous la forme d'une tache blanche et saillante, recouverte d'une pellicule mince, analogue aux fausses membranes diphthéritiques, très-nettement circonscrite et formant un relief plus ou moins considérable au-dessus de la muqueuse utérine. Leur siège de prédilection est le pourtour de l'orifice du museau de tanche, où ils simulent un anneau circulaire. Ils peuvent aussi n'occuper qu'une des deux lèvres, et dans ces cas, on les rencontre plus souvent sur la lèvre antérieure que sur la lèvre postérieure, ce qui, d'après M. Alphonse Guérin (2) tiendrait à ce que cette dernière est, plus souvent que l'autre, séparée de la substance virulente par une nappe de mucus albumineux venant de la cavité utérine. Enfin, ainsi que l'a démontré M. Pirondi (3), les chancres

(1) Gosselin. Des rétrécissements syphil. du rectum (*in Archives gén. de méd.*, t. IV, 5^e série).

(2) A. Guérin. Maladies des org. génit. ext. de la femme, 1864.

(3) Pirondi. Notes cliniq. recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille, 1859.

simples du col coïncident très-souvent avec d'autres chancres de même nature siégeant à la *fourchette*.

Les chancres simples du col peuvent être confondus aux diverses ulcérations de cet organe, déterminées par les *vaginites* ou les *métrites* internes. On peut aussi quelquefois les prendre pour des *plaques muqueuses*. Le médecin devra, pour arriver à un diagnostic vrai, se rappeler les caractères particuliers à ces ulcérations et les comparer à ceux que nous avons assignés aux chancres simples de cette région.

Le diagnostic des chancres simples peut être rendu difficile par la coïncidence sur le même individu de plusieurs autres maladies vénériennes ou non, telles que la syphilis, la blennorrhagie, la balano-posthite, l'herpès, la gale, etc. Ces coïncidences se rencontrent surtout à l'hôpital, et ne sont pas si rares qu'on pourrait le penser. Ainsi, pendant que nous faisions les fonctions d'interne à l'hôpital du Midi, il nous est maintes fois arrivé d'observer à la consultation des malades qui portaient en même temps : chancres simples, gale, blennorrhagie et balano-posthite. Les cas de ce genre exigent de la part du médecin un examen très-attentif et très-détaillé.

Il est enfin un dernier cas qui peut embarrasser très-fortement le médecin. C'est le cas appelé par Ricord : « *Chancro simple à base indurée d'emprunt*, » c'est-à-dire, le chancre simple qui se développe sur l'induration persistante d'un chancre infectant récemment cicatrisé.

CHAPITRE VII

Pronostic du Chancre simple.

Le pronostic du chancre simple peut être divisé en pronostic *général* et en pronostic *local*.

Le pronostic *général* a été magistralement formulé par Ricord dans la phrase suivante : *Le chancre simple est une affection purement locale, qui borne ses effets à la région qu'elle attaque, qui n'a jamais de retentissement général, qui ne s'accompagne jamais d'accidents constitutionnels; en d'autres termes, c'est un chancre qui n'infecte pas l'économie, c'est un* CHANCRE SANS VÉROLE.

Le pronostic *local* est peu grave, nous pouvons même dire bénin, dans l'immense majorité des cas, lorsque l'ulcération suit sa marche naturelle, est soignée selon les règles, et qu'aucune complication ne survient.

Nous venons de dire que la constitution de l'individu est toujours à l'abri des atteintes du chancre simple. Il n'en est pas de même de l'organe sur lequel il siège. Celui-ci est bien moins protégé; l'ulcération peut le mutiler, le déformer, le détruire même, en tout ou en partie, selon que se produisent certaines complications qui viennent accroître son extension ou sa durée; et le pronostic, dans ces cas-là, peut devenir plus ou moins grave.

Les principales complications qui aggravent le pronostic du chancre simple sont, chez l'homme, la balanite, la balanoposthite, le phimosis, le paraphimosis, les abcès péri-urétraux, etc.; chez la femme, l'œdème des grandes lèvres, la métrite, les condylomes de l'anus, etc.; dans les deux sexes,

l'inflammation, les adénites aiguës et virulentes, la gangrène, le phagédénisme, etc. Nous ne nous étendrons pas ici sur chacune de ces complications, la seconde partie de ce travail leur étant spécialement réservée.

La grande tendance à s'étendre et à se multiplier par auto-inoculations ou par des inoculations de voisinage, sont deux conditions qui retardent souvent la guérison du chancre simple et font varier son pronostic. Sa forme et son étendue ont aussi sur lui une grande influence. Ainsi, il est évident qu'un chancre superficiel exulcéreux sera moins grave qu'un chancre profond ulcéreux, à bords taillés à pic et s'étendant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux; un chancre de petites dimensions guérira plus vite qu'un autre dont la surface ulcérée sera très-étendue.

Le siège qu'il occupe exerce encore sur la marche et la durée du chancre simple une influence très-manifeste, et doit être pris en grande considération relativement au pronostic. D'une manière générale, celui-ci est d'autant plus grave que l'ulcère occupe une région plus exposée aux contacts extérieurs, aux tiraillements, et sur laquelle les applications topiques sont moins faciles à faire.

Ainsi, le chancre du *frein* est grave, parce que, s'il le détruit en partie, il laisse sur le prépuce et sur le gland deux petits tubercules qui constituent une difformité, et s'il le détruit en totalité, il laisse sur le gland une sorte d'entaille ou de rigole régulière, en forme de V. Dans quelques cas, heureusement fort rares, le chancre du frein, après avoir totalement détruit cet organe, peut en se creusant arriver jusqu'à l'urèthre et déterminer une perforation du canal compliquée bientôt elle-même d'un chancre endo-urétral.

Le chancre du *méat urinaire* est long à guérir, irrité qu'il est sans cesse par le contact de l'urine; son pronostic est grave, parce que des rétrécissements inodulaires de son orifice peuvent survenir après sa cicatrisation.

Le chancre *urétral* et *endo-urétral* est aussi rebelle et

long à guérir. Son pronostic est grave, parce que les érections nocturnes peuvent le dilacérer et produire des hémorrhagies, des abcès péri-uréthraux, et même des perforations du canal; de plus, leur cicatrisation détermine, comme au méat, la production d'un rétrécissement.

Les chancres *sous-préputiaux* sont graves, à cause de leur grande tendance à s'enflammer, à s'élargir et à se creuser. De plus, ils peuvent se compliquer de lymphite et de phimosis. Enfin, lorsqu'ils sont multiples, ils peuvent se réunir et, dans certains cas, entraîner des perforations du prépuce qui nécessitent son excision, sous peine d'une difformité très-désagréable. Comme les chancres du frein, du méat et de l'urèthre, ils sont sans cesse irrités et dilacérés par l'érection.

Les chancres des *grandes lèvres* peuvent déterminer un œdème et des abcès de cet organe, et le détruire en partie. Ceux du *clitoris* sont très-longes à guérir, la turgescence de cet organe s'opposant à la cicatrisation. Ils sont de plus très-douloureux. Ceux du *capuchon* présentent les mêmes inconvénients que ceux du prépuce.

Les chancres du *vagin* se cicatrisent difficilement par suite des conditions anatomiques de cet organe. Ceux du *col* de l'utérus sont moins graves et guérissent plus vite. Ceux du corps de l'utérus sont plus graves, guérissent lentement et se compliquent souvent de métrites.

Les chancres de l'*anus* sont fatalement graves, irrités qu'ils sont par les produits de la défécation et par le tiraillement qu'ils subissent chaque fois que celle-ci a lieu. Inutile d'ajouter qu'ils sont de plus très-douloureux.

Indépendamment de toutes les conditions locales que nous venons de passer en revue, il faut encore tenir compte, pour le pronostic, des conditions générales de l'individu. Ainsi, il est évident qu'il sera plus ou moins grave selon que le malade sera d'une bonne ou d'une mauvaise constitution, d'un tempérament fort, lymphatique ou scrofuleux; selon qu'il

sera alcoolique ou non, qu'il observera ou non les règles d'une bonne hygiène, etc.

Disons, pour terminer ce chapitre, que le chancre simple des organes génitaux est en général moins grave chez la femme que chez l'homme. Nous ne connaissons pas encore toutes les raisons de cette différence : mais nous pensons qu'il faut l'attribuer au régime, au genre de vie, etc. Nous croyons aussi, avec M. Clerc, que le *modus faciendi*, dans les pansements, entre pour une bonne part dans la guérison plus prompte des chancres génitaux de la femme. En effet, il arrive maintes fois que les chancres simples du pénis sont aggravés par leur contact permanent avec les pièces de pansement dont on les recouvre, telles que charpie, compresses, etc., circonstance qui éloigne la conformation toute différente des organes génitaux de la femme.

CHAPITRE VIII

Traitement du Chancre simple.

Aujourd'hui que la théorie du dualisme chancreux est bien établie et acceptée par la presque universalité des syphiliographes, le traitement du chancre simple se simplifie singulièrement. En effet, le chancre simple étant une maladie purement locale, point n'est besoin, pour le guérir, d'un traitement général, mais seulement d'un traitement local.

Ce traitement peut être *abortif* et *curatif*, selon qu'il détruira le chancre radicalement dès son apparition ou qu'il ne fera, pour ainsi dire, que l'accompagner dans sa marche naturelle, en accélérant seulement son évolution.

TRAITEMENT ABORTIF. — Le traitement abortif est celui qui consiste à détruire complètement le chancre dès son apparition, c'est à-dire à transformer une ulcère virulent et contagieux en une plaie simple non contagieuse. Plusieurs auteurs en ont à tort attribué l'invention à Hunter, car, bien avant lui, Jean de Vigo (1) l'avait indiqué dans son remarquable ouvrage sur la maladie vénérienne; « *in primis veniendo ad originem morbi, videlicet ad pustulas quæ solent accidere in virga sine aliquâ temporis intermissione, protinus medicamine acuto malignitatem earundem malitia per totum corpus non extendatur.* » Mais c'est à Hunter que revient l'honneur de l'avoir, le premier, formulé d'une façon claire et méthodique et vraiment magistrale, dans un chapitre spécial de son livre (2). « La méthode la plus simple, dit-il, de traiter un chancre consiste à le détruire ou à l'extirper; de cette manière on le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple et il se cicatrise

(1) Jean de Vigo. De Morbo gallico tractatus, 1512.

(2) Hunter, *loc. cit.*

comme tout ulcère ou plaie de cette nature. Cette pratique ne peut être suivie qu'au début de la formation du chancre, quand les parties environnantes ne sont pas encore infectées, car il est absolument nécessaire que toute la partie morbide soit enlevée, ce qui est très-difficile à faire quand le chancre a pris beaucoup d'extension. On peut opérer cette destruction, soit par l'excision, soit par le caustique. Si le chancre s'est formé sur le gland, la cautérisation avec le nitrate d'argent fondu est préférable à l'excision, parce que cette dernière méthode donnerait lieu à une hémorrhagie considérable provenant des cellules de cet organe. Lorsque l'ulcère a pour siège le prépuce ou les téguments communs de la verge, et qu'il est à son début, on peut suivre la même pratique. Mais s'il a pris beaucoup d'extension, le caustique appliqué d'une manière aussi lente, ne peut pénétrer assez profondément pour devancer le travail d'ulcération spécifique. Dans de tels cas, la potasse caustique doit réussir très-bien. Quand cette dernière substance ne peut être employée convenablement, on peut atteindre le but au moyen de l'excision. J'ai enlevé un chancre par la dissection, et la plaie s'est cicatrisée à l'aide d'un pansement simple... »

Après Hunter, Ricord, Velpeau, Diday, Rollet, etc., ont préconisé le traitement abortif.

Ce traitement, ainsi que l'a fort bien dit Hunter, comprend deux méthodes distinctes : l'*excision* et la *cautérisation*.

Excision. — La méthode de l'excision ne peut s'appliquer au traitement du chancre simple que dans des cas tout à fait exceptionnels. Nous avons vu que Hunter avait réussi une fois à enlever un chancre en le disséquant. D'autres chirurgiens ont aussi réussi dans quelques cas, par exemple, lorsque les chancres siégeaient sur des parties qui peuvent être sacrifiées sans un grand inconvénient, comme l'extrémité du prépuce chez l'homme, le bord libre des nymphes ou des grandes lèvres chez la femme. Mais il est absolument impos-

sible de pratiquer l'excision, lorsque les chancres siègent sur le prépuce, le frein, le sillon balano-préputial, le méat urinaire, l'entrée du vagin, le col de l'utérus, etc., d'abord à cause de la structure et de la conformation de ces parties, ensuite à cause de la très-grande douleur et de la mutilation qu'elle entraîne avec elle ; des précautions très-minutieuses qu'elle exige, et enfin, parce qu'il suffit qu'une seule goutte du pus chancreux tombe sur la plaie pour que celle-ci se transforme en un nouveau chancre de plus grande étendue que le premier.

CAUTÉRISATION. — La méthode de la cautérisation, au contraire, est applicable, si non dans la totalité, du moins dans l'immense majorité des cas. Nous allons l'étudier en détail. Et d'abord, que se propose-t-on lorsqu'on cautérise un chancre ? Nous l'avons déjà dit : transformer ce chancre en une plaie simple. Pour cela, il faut donc avoir recours non pas à des cautérisations légères, superficielles et fréquemment répétées, mais à une seule cautérisation énergique et profonde, de façon à détruire le chancre dans toute son étendue et dans toute sa profondeur. La cautérisation doit *tuer le chancre sur place*, comme l'a dit avec raison Ricord ; elle doit être une *destruction*.

Quels sont les caustiques capables de produire cette destruction ? Il y en a plusieurs qui ont été préconisés par divers auteurs, entre autres, le *fer rouge*, le *caustique de Vienne*, la *pâte de canquoin au chlorure de zinc*, la *pâte carbo-sulfurique* et la *pâte safrano-sulfurique*. Nous allons les passer en revue successivement, en faisant ressortir les avantages et les inconvénients de chacun.

Le *fer rouge* est évidemment le plus sûr et le plus énergique de tous les caustiques, et nous nous en servirions de préférence à tout autre, si les malades effrayés ne refusaient obstinément de se soumettre à ce procédé.

Le *nitrate acide de mercure* a eu un moment de vogue, parce que, outre son action caustique, on lui attribuait une action

spécifique purement imaginaire. Mais on s'aperçut vite qu'il ne produisait que des cautérisations superficielles, bornait son action à la surface de l'ulcère, et ne pouvait que très-rarement atteindre toute la profondeur de la couche chancreuse, et dès lors il fut abandonné.

L'*acide azotique monohydraté* a été préconisé par M. Langlebert, qui trouve en lui un caustique remplaçant le mieux le fer rouge (1). Pour s'en servir, on trempe dans le liquide l'extrémité d'une allumette en bois, et on la porte ainsi imbibée sur le chancre. A ce contact, les tissus jaunissent, et une eschare se forme immédiatement. Celle-ci, dont le diamètre doit dépasser du double celui de la surface ulcérée, se détache au bout de trois ou quatre jours et laisse à découvert une plaie simple, qui ne tarde pas à se cicatriser. Quelquefois le travail de réparation se fait sous l'eschare même, qui, en tombant, laisse alors une surface parfaitement sèche.

Ce caustique a pour nous des inconvénients sérieux. D'abord, son application donne lieu à une douleur des plus vives; ensuite, une seule application ne suffit souvent pas pour détruire le chancre; enfin, on ne peut pas bien se rendre compte de l'étendue de son action et de la quantité nécessaire pour obtenir la destruction complète et absolue de la couche virulente.

La *potasse caustique* cautérise très-bien; mais elle se liquéfie facilement et détermine souvent des eschares sur des parties saines. Ainsi, on a vu ce caustique employé pour détruire des chancres du col de l'utérus se liquéfier, fuser et produire sur la paroi postérieure du vagin des eschares assez profondes pour faire craindre d'avoir perforé ce conduit.

Le *caustique de Vienne* a été pendant longtemps préconisé par Ricord, puis abandonné par lui, à cause de l'inconvénient qu'il a de se ramollir, de couler souvent sur des parties saines et d'y produire des eschares parfois très-graves, comme cela peut avoir lieu lorsqu'on l'applique sur des

(1) Langlebert. Traité historique et prat. des mal. vénér., 1864.

chancres siégeant, sur le prépuce, dont il peut amener la perforation.

Le *caustique Filhos*, ainsi baptisé par le public médical, du nom de son inventeur, notre vénérable et savant maître et ami, le docteur Filhos, fut imaginé en 1842 (1), pour obvier aux inconvénients de la potasse caustique et du caustique de Vienne, dont nous venons de parler. Ce caustique est formé d'un mélange fondu de deux parties de potasse et d'une partie de chaux. Il se solidifie et se durcit en refroidissant, et peut recevoir toutes les formes voulues, selon les usages auxquels on le destine; il n'est pas déliquescent, il n'éprouve au contact de l'air ou des tissus qu'un simple ramollissement; il est comparativement moins douloureux que les autres caustiques; son action est prompte, énergique, et toujours bornée au point où on l'applique. Quelques minutes suffisent pour détruire un chancre. Quant à l'eschare qui se produit, elle ne présente pas la même étendue dans tous les sens. Elle s'étend beaucoup plus en profondeur qu'en largeur, et le diamètre de sa surface a le plus souvent cinq millimètres de plus que celui du caustique, à moins que la cautérisation n'ait été faite avec beaucoup de soin, car alors sa largeur est bien moindre. Cette eschare tombe du cinquième au huitième jour, et laisse à découvert une plaie simple qui marche rapidement vers la cicatrisation.

La *pâte carbo-sulfurique*, imaginée Ricord et à peu près exclusivement employée par lui depuis plusieurs années, est un caustique formé d'acide sulfurique uni à la poudre de charbon dans des proportions nécessaires à la constitution d'une pâte demi-solide. « Cette pâte, appliquée sur les chancres, ne tarde pas à se dessécher et à former une sorte de croûte noire, qui reste adhérente aux tissus, qui fait, pour ainsi dire, corps avec eux et ne tombe que plusieurs jours après son

(1) Filhos. De la Cautérisation du col de l'utérus avec le caustique solidifié de potasse et de chaux, 1847.

application, dans le cours du second septénaire en général. Lors de sa chute, la plaie qu'elle laisse à découvert n'est plus qu'une plaie simple, exempte de toute virulence, analogue en un mot à l'ulcération qui suit la séparation d'une eschare. Aussi la cicatrisation ne tarde-t-elle pas à l'envahir. Quelque fois même le travail réparateur est complètement achevé lorsque la croûte se détache, et il n'est pas rare de trouver au-dessous une cicatrice déjà formée (1). » Ce caustique, je le reconnais est un caustique profond, qui modifie au loin les tissus avec lesquels il est en contact, et qui a, comme le chancre, son rayonnement périphérique d'activité destructive. Mais il a le grand inconvénient d'être d'une application excessivement douloureuse.

Le *chlorure de zinc* ou *pâte escharotique de Canquoin* est à peu près exclusivement employé dans les hôpitaux de Lyon, depuis une quinzaine d'années, par MM. Diday (2) Rollet (3) et Dron (4), qui ont consigné leur résultats dans divers mémoires pleins d'intérêt. Ces messieurs emploient la pâte au chlorure de zinc, préparée d'après la formule de l'hôtel-Dieu, (chlorure de zinc et farine de froment, aa; alcool q. s. pour faire une pâte du mélange, que l'on étend sur des bandes de sparadrap). « Après avoir bien abstergé les parties, dit M. Rollet, je taille et j'applique des rondelles de caustique de même forme et de même dimension que les chancres. Cette précaution est essentielle. Il est absolument nécessaire que le caustique recouvre toute la surface chancreuse et qu'aucun point, même circonscrit, ne soit épargné. D'un autre côté, il est bon, sinon tout à fait indispensable, que cette surface ne soit pas dépassée; car, bien qu'en général le chlorure de zinc ne morde que sur les parties vives et que les parties recouvertes d'épithélium soient à l'abri, le

(1) Ricord. Leçons sur le Chancre, 1853.

(2) Diday. Gazette médicale de Lyon, 1858.

(3) Rollet. Rech. expériment. sur la Syphilis et la mal. vén., 1864.

(4) Dron. Annales de la Syphilis, 1858.

caustique est ensuite assujetti avec de la charpie, des bandes-
lettes de diachylon ou des bandes, suivant les règles. Je le
laisse en place pendant deux heures. » Pourquoi pendant deux
heures, dans tous les cas sans distinction? Les chancres se
ressemblent-ils donc tous, et le même chancre demande-t-il,
à toutes ses périodes le même degré de cautérisation pour
disparaître? Voici ce que répond M. Rollet : « La première
cautérisation que j'ai faite a été de deux heures. L'eschare
qui en est résulté n'a paru comprendre toutes les parties
malades, sans aller trop profondément. La plaie qui a suc-
cédé n'était pas virulente, elle s'est vite cicatrisée ; le résul-
tat n'a donc rien laissé à désirer ; j'ai assigné aux autres
cautérisations la même durée, afin d'avoir une base fixe
pour apprécier les effets du caustique sur toute une série de
cas. »

L'eschare produite par le chlorure de zinc se détache ordi-
nairement le troisième jour, et laisse à découvert une plaie
qui marche vers la cicatrisation d'une manière assez rapide,
puisqu'elle est complète au bout de huit ou dix jours.

La cautérisation avec le chlorure de zinc est bien moins
douloureuse que la cautérisation avec la pâte carbo-sulfu-
rique de Ricord. M. Rollet qui l'a pratiquée sur le gland,
sur la rainure préputiale, sur le prépuce, sur la peau de la
verge, sur celle de la cuisse et sur le frein, déclare, d'après
l'aveu même des malades, que ceux-ci n'ont pas beaucoup
souffert, excepté celui qui a été cautérisé sur le frein.

En résumé, de tous les caustiques que nous venons de pas-
ser en revue, le *caustique Filhos* et le *chlorure de zinc* sont
ceux auxquels nous donnons de beaucoup la préférence.

La cautérisation est-elle une méthode de traitement appli-
cable à tous les chancres simples sans exception, à quelque
période qu'ils se trouvent et sur quelque partie qu'ils siègent?
ou bien a-t-elle des indications et des contre-indications pré-
cises, et, si elle en a, quelles sont-elles? Telles sont les prin-
cipales questions auxquelles nous allons essayer de répondre.

La cautérisation n'est pas une méthode de traitement applicable d'une façon générale à tous les chancres simples indistinctement. Elle a des indications et des contre-indications basées sur le siège et la période de la maladie

On peut pratiquer la cautérisation à toutes les périodes du chancre, sauf cependant à la période de réparation, puisqu'alors la plaie a perdu son caractère contagieux et malin. Cependant le moment propice est la période de début, alors que le chancre est petit, peu étendu, car alors on a pour soi toutes les chances de succès, et la douleur déterminée par l'opération est très-minime. Dans la seconde période, lorsque le chancre se développe, qu'il a une tendance à s'étendre et qu'on a à redouter le phagédénisme ou la formation d'un bubon, par suite du passage du virus dans les ganglions lymphatiques, la cautérisation est aussi très-utile et très-nettement indiquée.

Il n'en est plus de même lorsque le bubon est formé; la cautérisation devient alors inutile. Cela résulte d'expériences faites par M. Rollet. Ce médecin a observé que, lorsqu'on cautérise le chancre, alors qu'il y a déjà formation d'un bubon, sa destruction est simplement momentanée, et que la plaie peut se réinoculer par le passage du pus dans les lymphatiques.

Il faut aussi s'abstenir de cautériser les chancres multiples l'un après l'autre; car on s'exposerait à les réinoculer sans cesse. Il faut les détruire tous ensemble, dans la même séance, ou n'en détruire aucun.

Il faut, dans la cautérisation des chancres, tenir compte de leur siège. Lorsqu'ils occuperont une partie où on ne peut les atteindre que très-difficilement et très-incomplètement; il faudra renoncer à les cautériser. Ainsi les chancres du méat urinaire, les chancres uréthraux, les chancres préputiaux compliqués de phimosis congénital ou accidentel ne doivent pas être cautérisés. Il en est de même des chancres du vagin et du rectum. Dans tous ces cas, outre la difficulté de faire

une cautérisation complète, à cause de la conformation particulière des parties, on s'expose à avoir des accidents plus ou moins graves tels que des perforations de l'urèthre et du prépuce, des perforations de la cloison recto-vaginale, des rétractions et des rétrécissements du rectum, etc.

2° *Traitement curatif ou rationnel.* — Lorsque la cautérisation ne peut pas être pratiquée, soit à cause du siège du chancre, soit, ce qui arrive le plus souvent, à cause du refus obstiné des malades par trop pusillanimes, à quel traitement doit-on soumettre l'individu porteur d'un chancre simple?

Tout d'abord, ainsi que l'indique le simple bon sens, ou proscrire les alcooliques, on engagera le malade à éviter les fatigues, les veilles, les marches forcées et à garder le repos, afin d'éviter le plus possible la production du bubon. S'il est anémique ou faible de constitution, on lui conseillera un bon régime, les amers et les ferrugineux : la gentiane, les pilules et l'élixir de perchlorure de fer de Rabuteau lui seront prescrits de préférence; la première en tisane, les secondes à la dose de 3 ou 4 pilules, et le troisième à la dose d'un petit verre à bordeaux par jour. Ce traitement tonique aura pour effet de relever l'organisme affaibli par la suppuration de l'ulcère et de placer ce dernier dans les meilleures conditions de cicatrisation et de guérison.

Quant aux pansements locaux, quelle que soit la substance médicamenteuse employée, ils devront être fréquents; c'est-à-dire au nombre de trois ou quatre par jour. Chaque fois qu'on les renouvellera on aura soin de mettre à nu la partie malade et de la laver afin d'éviter l'accumulation et le séjour du pus virulent dans les tissus environnants, car il constitue une cause réelle d'excitation, d'entretien, et souvent d'inoculation. Il faudra cependant éviter de faire saigner la plaie et de la déchirer, car chaque écorchure s'inocule aussitôt et augmente l'étendue du chancre ou en forme un nouveau.

Quels sont les médicaments à opposer au chancre simple ? Ils sont excessivement nombreux : chaque auteur a préconisé le sien. Nous n'avons pas la prétention de les passer ici tous en revue, nous nous contenterons de signaler les plus connus indiquer les avantages et les inconvénients.

Tant que la distinction entre le chancre simple et le chancre infectant ne fut pas établie d'une façon irréfutable, les médecins firent usage de l'onguent napolitain contre les deux espèces d'ulcérations indistinctement. Plusieurs continuent encore de nos jours cette pratique. C'est là un traitement déplorable, aussi nuisible au chancre simple qu'il est utile au chancre infectant. « L'onguent napolitain, dit avec raison Ricord, constitue pour le chancre simple un irritant par excellence ; c'est une cause d'inflammation et d'extension violente ; c'est même l'une des origines les plus fréquentes du phagédénisme. » Il doit donc être absolument abandonné, ainsi que tous les corps gras en général, qui tous agissent de la même manière que l'onguent napolitain, mais avec plus ou moins d'intensité, suivant le médicament qui leur est incorporé.

M. Fournier emploie souvent la *charpie sèche* et lui donne même le premier rang parmi les divers topiques. « C'est, dit-il, le plus simple et le plus utile peut-être de tous les pansements. La plupart des chancres s'en trouvent à merveille et guérissent sans autres remèdes. Cependant la charpie sèche est parfois un peu irritante à la période d'augment ou pour les ulcérations qui s'enflamment. Elle convient en revanche spécialement à la période de réparation, ou dans les cas où le travail cicatriciel ne s'opère qu'avec une certaine lenteur. (1) »

Ricord a recours d'ordinaire au *vin aromatique*, qu'il considère comme un des meilleurs topiques pour diminuer la

(1) Fournier, *loco citato*.

sécrétion; lorsque celle-ci est abondante, neutraliser la virulence et tanner en quelque sorte les parties voisines de l'ulcération, afin de les mettre à l'abri d'une contagion de voisinage. Il fait laver le chancre avec le vin aromatique, en évitant, pour les raisons que j'ai données plus haut, de le faire saigner; puis il le fait recouvrir avec un tampon de charpie fine, assez imbibée du même topique pour rester humide sans couler; car, lorsque la charpie est trop mouillée, l'espèce de macération qui en résulte nuit, d'après lui, au travail de cicatrisation. Il fait renouveler les pansements 4 ou 5 fois par jour. Lorsque le chancre est douloureux, il additionne le vin aromatique de 50 centigrammes d'extrait d'opium par 30 grammes, et, lorsque ce moyen est insuffisant pour calmer la douleur, il ordonne l'opium à l'intérieur. Au moment où le chancre arrive à sa période de réparation, il accélère la cicatrisation par quelques cautérisations superficielles au nitrate d'argent.

Rollet, de Lyon, emploie à peu près exclusivement les applications de charpie imbibée de nitrate d'argent au 30^e au 20^e et même au 10^e. Cette solution n'est pas d'une application douloureuse; des malades, dit-il (1), ne tardent pas à s'y habituer et à demander eux-mêmes une solution plus forte qui est rarement nécessaire. La charpie, imbibée de ce liquide et renouvelée trois ou quatre fois par jour, constitue un pansement au moyen duquel le nitrate d'argent exerce une action permanente sur le chancre. Cette action n'est pas précisément caustique, mais elle est fortement *substitutive*, et elle suffit pour modifier profondément la surface chancreuse qui ne tarde pas à perdre peu à peu sa virulence et à passer de la période de progrès à la période de réparation. »

M. Alphonse Guérin (2), quand il était chirurgien de Lourcine se trouvait très-bien de la *décoction vineuse de tan*, de

(1) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, 1864.

(2) A. Guérin. *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, 1864.

l'eau blanche, du *perchlorure de fer* et de la *teinture d'iode*, mais il donnait la préférence à cette dernière, parce que, disait-il, « elle modifie notablement la surface de l'ulcération et présente l'avantage de détruire, après un petit nombre d'applications, l'inoculabilité des sécrétions chancreuses. » Je crois que M. Guérin est allé un peu loin et a légèrement exagéré les avantages de ce médicament, entre autres celui de détruire la spécificité du pus chancreux.

Melchior Robert (1) employait souvent le traitement de Ricord. Il avait aussi recours à la solution de *tartrate ferrico potassique*, et à celle de *persulfate de potasse*. Il avait toutefois une prédilection marquée pour cette dernière, qui lui avait paru plus activement neutralisante, et dont il s'était servi avec succès sur les soldats vénériens de l'armée d'Italie soignés par lui dans son service de l'hôpital de Marseille.

M. Dolbeau pendant son séjour à Lourcine, comme chirurgien, employait avec beaucoup de succès la solution de *bichromate de potasse*, qui modifiait très-rapidement les chancres, produisait leur dessiccation et amenait leur guérison dans un espace de temps très-court.

Liégeois avait institué à l'hôpital du Midi le traitement par l'*alcool concentré*. Ce traitement était très-douloureux et les malades s'y soumettaient difficilement.

Notre excellent ami M. N. Pascal a expérimenté l'*alcoolé de guaco* (2) préparé par lui, et voici les conclusions du mémoire qu'il lut, à ce sujet, à l'Académie de médecine en 1861. « En résumé, nous pensons que l'action de cet alcoolé est éminemment détersive, astringente et antiseptique. Sous son influence, le pus chancreux est rapidement transformé ou décomposé, et la surface sécrétante est modifiée de telle sorte que la virulence s'arrête dans sa période de progrès, et que

(1) M. Robert. Traité des maladies vénériennes, 1860.

(2) L'alcool de Guaco est retiré de plusieurs plantes de la famille des *sapentherées*, tribu des *corymbifères* qui croissent naturellement dans la nouvelle-grenade et sous les tropiques.

/e
// 5^{re}

la résorption du pus est rendue impossible. Le mode d'emploi du topique est fort simple et son usage n'entraîne aucune espèce d'inconvénient. Pour procéder aux premiers pansements du chancre simple, on étend l'alcoolé d'une certaine quantité d'eau, de la moitié de son volume, par exemple, et ce n'est que plus tard, après quatre ou cinq jours, que l'on arrive à l'application de l'alcoolé pur, si dans cet intervalle la transformation de la plaie virulente en plaie simple n'est pas opérée (1). » Ce mémoire est accompagné de nombreuses expériences et d'observations de l'auteur et des spécialistes les plus remarquables de la France et de l'Italie.

M. le docteur Hemard, chirurgien militaire, soumet les chancres simples à des *irrigations d'eau fraîche*, quatre ou huit fois par jour. Chaque irrigation dure environ une demi-minute, et se pratique au moyen d'un arrosoir suspendu au cabinet d'aisances, où se rend le malade pour se panser. Ce médecin emploie ce traitement depuis vingt ans, et il a toujours vu les chancres mous se déterger, perdre leur aspect caractéristique, se simplifier et guérir rapidement (2).

M. Desprez (3) emploie la solution de *chlorure de zinc*, à la dose de 30 à 40 grammes pour 100 d'eau, et quelquefois à doses égales, selon les cas, et lui donne la préférence sur toutes les autres solutions, parce que le chlorure de zinc ne cautérise que les parties dépourvues d'épiderme, il est sûr de ne brûler que les parties malades.

Plusieurs médecins ont employé avec succès diverses autres solutions, telles que : la solution de *sulfate d'alumine pur*, à la dose de 5 grammes pour 100 d'eau; la solution de *tartrate ferrico-potassique*, à la dose de 5 à 10 grammes pour 100 d'eau; la solution de *coaltar saponifié* au 40°; la *liqueur de Labarraque*

(1) Pascal. Du guaco et de ses effets prophylactiques et curatifs dans les maladies vénériennes, 1863.

(2) Hémard. Mém. de méd. et de chir. militaires, juillet, 1870.

(3) Desprez. Traité iconograp. des ulcérations du col de l'utérus, 1870.

additionnée d'un poids égal d'eau; l'eau *phagédénique* du Codex; l'eau *chlorurée*; l'eau *phéniquée* au 1000°, etc.

Toutes ces préparations jouissent à peu près des mêmes propriétés, et aucune d'elles ne trouve une indication particulière, parce qu'aucune n'a une action réellement spécifique. On pourra donc les employer presque indistinctement, en ayant soin cependant de choisir parmi les moins douloureuses.

Ce que nous avons dit des médicaments liquides peut aussi s'appliquer aux diverses poudres : calomel, bismuth, oxyde de zinc, poudre de quinquina, de ratanhia, de sulfate d'alumine, tartrate ferrico-potassique, camphre, etc.

Dans ces dernières années, on a expérimenté un nouveau médicament dans le traitement des chancres simples : c'est l'*iodoforme*. Cette substance, découverte par Sérullas, en 1822, s'obtient en versant une solution alcoolique de potasse ou de soude dans une solution alcoolique d'iode. C'est un corps solide, friable et doux au toucher. Il répand une odeur très-forte, caractéristique, qui rappelle celle de l'iode et du safran; sans saveur, cristallisant en petites paillettes ou tablettes hexagonales d'un jaune de soufre. Peu soluble dans l'eau, il est très-soluble dans l'alcool d'où il est précipité par l'eau.

L'iodoforme avait été étudié et employé en glycérolés et en pommades, comme anesthésique local, par MM. Moretin (1) Righini de Pavie (2) Maitre, Franchini, Bouchardat, Humbert et Gubler. M. Demarquay (3) l'employa comme anesthésique local d'abord, puis comme modificateur et désinfectant ensuite, vers 1866. Enfin, vers 1868, M. Laillier, et après lui MM. Besnier, Ferréol (4), Simonet, Dubrizay, etc., l'employèrent en poudre, comme cicatrisant, en

) Morétin. Mémoire sur les effets d'anesthésie locale produits par l'iodoforme (in *Bul. de l'Ac. de Méd.*, 1853).

(2) Righini. Expériences physiologiques sur l'iodoforme, 1860.

(3) Demarquay. Note sur l'iodoforme (in *Bul. de Thérapeut.* 1867).

(4) Ferréol. Note sur l'iodoforme employé comme topique pour cicatrifier les plaies, etc. (in *Bul. de thérapeut.*, 1868).

même temps que comme anesthésique local, dans différentes plaies, et entre autres dans le chancre simple.

Ce médicament jouit, en effet, de propriétés anesthésiques remarquable, car nous avons vu bon nombre de malades atteints de chancres excessivement douloureux, éprouver un soulagement notable dans leurs souffrances dès le premier jour du pansement à l'iodoforme, et celles-ci disparaître totalement après le second et le troisième jour,

Il jouit aussi de propriétés cicatrisantes manifestes, cela est indubitable et ne fait plus un doute pour nous, depuis que nous avons été témoin à l'hôpital du Midi de la rapidité avec laquelle guérissaient les chancres pansés à l'iodoforme. Dès le lendemain de ce médicament, on pouvait constater la modification survenue dans l'ulcération et sa tendance à la cicatrisation. Nous avons vu des chancres mous en voie de phagédénisme guérir en quelques jours. Comment expliquer les propriétés cicatrisantes de l'iodoforme. Dans son mémoire, M. Ferréol prétend qu'une partie de l'action de ce médicament est due à ce qu'il était pulvérisant. « On sait, dit-il, combien les poudres inertes, telles que l'oxyde de zinc et le sous-nitrate de bismuth, ont d'efficacité contre certaines formes d'ulcérations ou de suintements; on a même obtenu des effets analogues en se servant de sable très-finement pulvérisé. Or, l'iodoforme est une poudre composée de cristaux très-petits à angles aigus très-vifs. Il paraît impossible à première vue que cette disposition ne soit pas pour quelque chose dans l'action siccative et excitante qu'exerce le médicament à la surface des plaies. Et l'observation clinique le prouve; car, employé en pommades, en glycérrolés, le même corps a une autre action beaucoup plus lente et plus douloureuse. » Je partage entièrement l'opinion de M. Ferréol, en ce qui concerne l'action siccative de toute poudre; assurément toute plaie pansée avec une poudre inerte, sèche, et le suintement purulent en est absorbé au fur et à mesure qu'il se forme. Mais les poudres inertes n'exercent à peu près au-

cune action excitante. Cette action excitante que l'iodoforme possède à un haut degré n'est donc pas due à son état de pulvérulence. Elle tient plutôt, d'après moi, à la grande quantité d'iode qu'il contient, et je crois que M. Petiteau est dans le vrai, lorsque, cherchant à expliquer l'action de la poudre d'iodoforme, il dit : « Selon nous, l'iodoforme jouit de la propriété de produire la cicatrisation rapidement, parce qu'il sèche d'abord les plaies étant à l'état pulvérulent, ensuite parce qu'il les excite par l'iode qu'il contient. Il jouit de toutes les vertus de l'iode, et a de plus cet avantage qu'il est pulvérulent, c'est ainsi qu'il est siccatif et excitant, et remplit les deux conditions nécessaires à une cicatrisation rapide.(1) » Il a donc toutes les vertus de l'iode, et, de plus, tandis que ce métalloïde est douloureux dans son application, il jouit au contraire de propriétés anesthésiques locales manifestes.

Comment se pratique le pansement à l'iodoforme ? A l'hôpital du Midi, où il est devenu d'un usage journalier et général, on lave le chancre ; puis on prend la poudre avec une plume d'oie taillée en *cure-oreille*, on en saupoudre le chancre et on recouvre le tout d'un tampon de charpie retenu en place par une petite bande roulée. On fait deux pansements par jour. Nous préférons projeter la poudre sur le chancre au moyen d'une poire en caoutchouc, puis le recouvrir, comme le fait M. Ferréol, avec des bandelettes de diachylon imbriquées les unes sur les autres, et mieux avec une rondelle de baudruche gommée, et laisser le pansement quatre ou cinq jour en place. La guérison est plus prompte et plus sûre, sans doute parce que le médicament est maintenu en contact plus intime avec les tissus malades, et parce que le diachylon ou la baudruche procurent une occlusion de la plaie qui se trouve ainsi saturée en quelque sorte par les émanations du médicament.

(1) Petiteau. De l'iodoforme, thèse de Paris, 1871.

En somme, l'iodoforme en poudre nous paraît bien supérieur à la plupart des autres poudres et des solutions que nous avons énumérés plus haut, et c'est lui que nous emploierons de préférence. Il n'a que deux inconvénients : il est très-cher, puisqu'il coûte au minimum 1 franc le gramme ; il a une odeur très-désagréable, très-pénétrante et très-persistante, ce qui le rend souvent inapplicable en ville. Toutefois, en employant le mode de pansement que nous avons indiqué tout à l'heure, on remédie d'une manière sensible à ce dernier inconvénient.

Maintenant que nous connaissons tous les médicaments qui ont été mis en usage dans le traitement du chancre simple, il nous reste, pour terminer ce sujet, à dire quelques mots des indications thérapeutiques spéciales auxquelles il donne lieu par son siège.

Lorsque le chancre siège à l'*ouverture du méat*, on a soin d'intercaler entre les lèvres de l'orifice un petit cône de charpie imbibé du liquide que l'on devra employer, ou de l'iodoforme sous forme de poudre, ou de glycérolé. Lorsque le chancre s'étend dans l'*intérieur du canal* de l'urèthre, on doit tout d'abord avoir recours aux antiphlogistiques et aux émollients, pratiquer des injections narcotiques ; éviter les érections en administrant des antiphrodisiaques, tels que le camphre, la belladone, la digitale et mieux le bromure de potassium ; faire avaler des boissons diurétiques afin de rendre les urines plus abondantes et, par conséquent, moins âcres et moins irritantes, au moment où la miction les mettra fatalement en contact avec le chancre ; puis lorsque l'inflammation sera calmée, il faut pratiquer des injections de vin aromatique, d'abord étendu d'eau et opiacé, puis pur. Quelques auteurs ont conseillé de pratiquer la cautérisation avec le porte-caustique urétral de Lallemand. Nous repoussons absolument cette méthode qui présente des dangers très-graves.

Lorsque les chancres siègent *sous le prépuce* et qu'il existe

un phimosis congénital, ou qu'un phimosis accidentel est en train de se former, il faut pratiquer plusieurs fois par jour, entre le prépuce et le gland, des injections détersives, désinfectantes et résolutives, en se gardant bien d'avoir recours aux cataplasmes, et se contenter de bains locaux plusieurs fois répétés, dans les vingt-quatre heures.

Lorsqu'on a affaire à des chancres de l'*anus* et de la *partie inférieure du rectum*, la première condition sera une extrême propreté. Il faudra de plus faire prendre au malade des laxatifs par en haut ou par en bas, afin de diluer les matières, et d'éviter ainsi les tiraillements et les déchirements de l'ulcère. Les chancres seront traités au moyen de mèches de charpie introduites dans le rectum, après avoir été préalablement enduites de pommade au calomel ou d'iodoforme incorporé à un glycérolé d'amidon.

Les chancres de la *vulve* réclament des soins tout particuliers, qui sont d'une application en général difficile. Ce qu'il faut éviter ici, ce sont surtout les inoculations de voisinage, et pour cela assurer le mieux possible l'isolement des surfaces ulcérées. Dans ce but, on recouvre les chancres d'un tampon de charpie ou d'ouate imprégnés du médicament choisi; puis on introduit dans l'orifice du vagin, en les y étalant, des tampons aplatis de charpie destinés à éponger le pus virulent. On fixe le tout à l'aide d'un bandage en T, ou par un procédé analogue à celui que les femmes emploient pour se garnir à l'époque de leurs menstrues. Ce pansement sera renouvelé après chaque miction, puisque cet acte physiologique exige qu'il soit défait, et que, d'un autre côté, on ne peut, sans danger, laisser séjourner longtemps dans le vagin les tampons de charpie imbibés de pus virulent.

Les chancres du *vagin* et du *col* doivent être cautérisés avec le caustique Filhos ou avec un pinceau de charpie imbibé d'une solution de bi-chromate de potasse ou de chlorure de zinc; puis on pousse dans le vagin une injection à l'eau

tiède, et on pratique le *tamponnement* avec de la charpie ou de la ouate recouverte de poudres absorbantes. Le tampon que l'on emploie à Lourcine, depuis sa fondation, est recouvert de poudre d'alun. C'est un petit paquet composé de la manière suivante : dans une petite pièce de grosse gaze, on place un petit carré d'ouate dans lequel on met 1 gr. d'alun environ ; on enferme l'alun dans la ouate ; on replie la gaze autour de la ouate et l'on noue les chefs de cette pièce d'étoffe réunis en bourse avec un gros fil double dont on laisse pendre les chefs d'une longueur de 15 à 20 centimètres. Ce fil, qui pend en dehors du vagin, sert à enlever le tampon que l'on a placé, à l'aide du spéculum, jusque sur le col. On renouvelle ce pansement tous les jours, afin de ne pas laisser séjourner le pus dans la cavité vaginale, et, au bout de quelques jours de ce traitement, on arrive à la guérison des ulcérations chancreuses des organes génitaux internes de la femme.

Vu, bon à imprimer,

DOLBEAU, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

QUESTIONS
SUR LES DIFFÉRENTES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des aponeévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie de la constitution chimique des sels ; solubilité des sels ; action des sels les uns sur les autres. Lois de Bertholet, de Wolaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges ; leur structure, leur direction. Caractères qui distinguent les tiges des monocotylédons de celles du dicotylédons. Théorie de leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologique. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires ; des collyres gazeux, liquides, mous et solides ; des injections, des inhalations, des fomentations, des fumigations, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — De l'empoisonnement par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang ?

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.